



## RESUMEN

El investigar cómo intervenir terapéuticamente el intento de suicidio de acuerdo a: tipo de terapia, herramientas utilizadas, frecuencia de sesiones por semana, número de sesiones, duración del tratamiento, llevó a proponer esta investigación cualitativa de estudio de casos sobre "Intervención terapéutica con enfoque sistémico para casos de intento de suicidio", aplicada a tres adolescentes entre los diez y diecinueve años de edad, que acuden al Centro de Integración Apoyo Psicológico y Social: Emprender, de la ciudad de Cuenca.

Se aplicó el esquema: propuesta de intervención terapéutica a tres adolescentes con intento de suicidio. Se practicaron tres test de Beck de valoración del riesgo suicida y seis test de Hamilton de valoración de la ansiedad y depresión al inicio y se realizó un test Beck de control al mes tres semanas de transcurrido la intervención terapéutica

Como resultado se obtuvo que una mejor calidad de intervención terapéutica está en relación con el apoyo familiar durante todo el proceso de intervención; la curación del intento suicida, y el relato como re-



significación de la experiencia. Con relación a la frecuencia de sesiones por semana, número de sesiones, duración del tratamiento se detectó la necesidad de trabajar con una sesión adicional al tipo de terapia: padres y PI. El caso del paciente de conformación familiar integrada muestra cambios más significativos que los casos de conformación familiar desintegrada (divorcio, migración). Si bien los pacientes muestran que el riesgo de atentar contra su vida es mínimo, sin embargo habrá que proponer seguimientos de controles adecuados de intervención según el caso, tendientes a mantener los cambios alcanzados.

**PALABRAS CLAVES:**

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA, PI PACIENTE IDENTIFICADO, INTENTO DE SUICIDIO, TEORÍA SISTÉMICA, TEORÍA NARRATIVA, ESQUEMA, PROPUESTA DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA, RIESGO ALTO O MÍNIMO DE INTENTO DE SUICIDIO.



## **INDICE DE CONTENIDOS**

**RESPONSABILIDAD**

**DEDICATORIA**

**AGRADECIMIENTO**

**RESUMEN**

**INTRODUCCIÓN**

**PARTE I**

**1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

**2. JUSTIFICACIÓN**

**3. OBJETIVOS**

**3.1 GENERAL**

**3.2 ESPECÍFICOS**

**4. MARCO TEÓRICO**

**CAPITULO 1**

**1.1 TEORIA MACRO SOCIAL DEL INTENTO SUICIDIO**

**1.2 IDEACION SUICIDA**

**1.3 INTENTO DE SUICIDIO**

**1.4 CARACTERÍSTICAS: TRASTORNOS MENTALES,  
SOCIODEMOGRÁFICAS, FAMILIARES Y  
PSICOLÓGICAS DEL POTENCIAL SUICIDA**

**1.5 LA TEORIA MICRO SOCIAL: EL INTENTO DE  
SUICIDIO COMO TAL (INDIVIDUOS**

**CAPITULO 2**



## **2.1 ENFOQUE SISTEMICO EN EL ABORDAJE DEL COMPORTAMIENTO SUICIDA**

## **2.2 ENFOQUE NARRATIVO:**

## **2.3 TÉCNICAS NARRATIVAS**

## **CAPTITULO 3:**

### **3.1. QUE ES UN PLAN DE INTERVENCIÓN TERAPEUTICA**

### **3.2 COMO CONSTRUIR UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN TERAPEUTICA**

## **PARTE II**

## **4 DISEÑO METODOLÓGICO**

## **5 RESULTADOS**

## **6. DISCUSIÓN**

## **7 CONCLUSIONES**

## **8. RECOMENDACIONES**

## **CITAS BIBLIOGRAFICAS**

## **BIBLIOGRAFÍA**

## **ANEXOS**



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES  
MAESTRIA EN INTERVENCION PSICOSOCIAL FAMILIAR  
“PROPUESTA DE INTERVENCION TERAPEUTICA CON ENFOQUE SISTEMICO PARA CASOS DE INTENTO DE  
SUICIDIO”

**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
**FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS**  
**POLITICAS Y SOCIALES**  
**MAESTRIA EN INTERVENCION PSICOSOCIAL**  
**FAMILIAR**

**“PROPUESTA DE INTERVENCION TERAPEUTICA CON**  
**ENFOQUE SISTEMICO PARA CASOS DE INTENTO DE**  
**SUICIDIO”**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE**  
**MAGISTER EN INTERVENCION PSICOSOCIAL**  
**FAMILIAR**

**AUTORA: Sonia Rodríguez Reinoso**

**DIRECTOR: Dr. Ismael Morocho**

**CUENCA – ECUADOR**  
**2010**



## **RESPONZABILIDAD**

El contenido de esta tesis es de exclusiva responsabilidad  
de su autora.

Lo citado en este trabajo esta plasmado de mi espíritu, con  
gran esfuerzo y pasión.

Sonia Luisa Rodríguez Reinoso



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES  
MAESTRIA EN INTERVENCION PSICOSOCIAL FAMILIAR  
“PROPUESTA DE INTERVENCION TERAPEUTICA CON ENFOQUE SISTEMICO PARA CASOS DE INTENTO DE  
SUICIDIO”

## **DEDICATORIA**

**A GABRIELA, SOFIA Y JOSE ARIEL**



## **AGRADECIMIENTO**

Al Dr. Ismael Morocho director de la tesis con su experiencia contribuyo en el desarrollo de este proceso.

El reconocimiento y gratitud a la Ec. Delfa Capelo, por guiar la metodología de la tesis.

A los pacientes y sus familias por participar en la intervención terapéutica.

Gracias a todos y todas.

Sonia Luisa Rodríguez Reinoso





El suicidio es una  
solución eterna  
para lo que, a menudo, no es más  
que un problema temporal.  
E. Rigel, 1988

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud prevé que para la presente década ( 10- 19), el número de suicidios en el mundo, así como de los intentos de suicidio, será diez veces mayor que en los años noventa y, que por cada caso de suicidio consumado hay por lo menos nueve casos de intentos fallidos. La información de Morbilidad Psiquiátrica Ecuador 2005 clasifica la incidencia de enfermedades mentales en el orden siguiente: víctimas de violencia y maltrato, depresión, epilepsia, alcoholismo, retardo mental, demencias, psicosis, fármaco dependencia; el intento de suicidio ocupa el quinto lugar con 2024 casos con una tasa de 15,32% por cada 100.000 habitantes; frente al suicido consumado que ocupa el noveno lugar con 101 casos



que representa una tasa de 0,76 % por 1000.000 habitantes.<sup>1</sup>

El intento de suicidio es el acto sin resultado de muerte en el que un individuo de forma deliberada se inflinge un daño a sí mismo con intención de provocarse la muerte.<sup>2</sup> Esta problemática psicosocial de alta prevalencia con implicaciones médicas, psicológicas, sociológicas, culturales, siendo el grupo de adolescentes uno de los más vulnerables después del grupo de los niños.

Ningún hecho de intento suicida es aislado, hay varias causas de orden familiar o social que lo provocan. Esto significa que, la conducta suicida del adolescente, no se da independientemente de un contexto familiar definido que puede estar propiciando o generando el problema en cuestión. Sin duda, la familia posee más recursos con los cuales producir cambios, y éstos son los que más afectan al adolescente, pues éste es sumamente vulnerable a los mismos.

---

<sup>1</sup> Ministerio de Salud Pública. Situación Epidemiológica de la Salud Mental, Sistema de Notificación EPI 2. Ecuador, 1999- 2006

<sup>2</sup> Beltrán, G, Adolescentes suicidas: un abordaje desde la terapia familiar sistémica. Universidad verdad, Rev de la Universidad del Azuay 2005; (35): 215-236



Charles Fishman, permite comprobar lo dicho hasta ahora. Y es que las dificultades de la familia constituyen el factor más importante en cuanto al intento de suicidio en adolescente. En investigaciones locales los conflictos familiares ocupan el porcentaje más alto dentro de los factores predisponentes al intento suicida en adolescentes, siendo éstos: hogar desintegrado, carencia afectiva, baja autoestima, violencia intrafamiliar, problemas económicos, familias disfuncionales y, padre, madre y/o pareja consumidores de sustancias psicoactivas. Los familiares se cuestionan el por qué les toca vivir esta situación, situación que nadie puede contestar. Los sentimientos de culpa y la sensación de por qué no intuí que algo así estaba pasando son las constantes en el proceso que viven al interior de los hogares. Al responsabilizar a toda la familia del comportamiento suicida, el PI tiene la sensación de descanso, el repartir la culpa, genera en los demás sentimientos ambivalentes de aproximación o alejamiento.

Revisando, en pacientes con comportamiento suicida, los componentes de salud mental considerados por OMS, se observa que siguen siendo afectados los componentes de carácter general (relaciones conflictivas con la familia, amigos, autoestima, carencia afectiva, trastorno patológico,



los aspectos educativos y sociales, la pobreza, la migración).

De lo anterior se deduce que es necesario contar con profesionales en salud mental capacitados para afrontar, guiar en forma acertada este evento devastador en la estructura y dinámica familiar, social y personal. Por lo que, mis inquietudes son, ¿Cómo se debe sistematizar teóricamente una intervención terapéutica en el suicidio?, ¿Cómo elaborar un esquema de intervención para adolescentes suicidas?, ¿Cuáles serían las conclusiones abstraídas de la aplicación de la propuesta?.

Con la finalidad de responder a la necesidad de pacientes con intento de suicidio que requieren de una planificación concreta desde el paradigma sistémico, se elaboró el esquema: propuesta de intervención terapéutica. Las técnicas utilizadas fueron: genograma, bautizar el problema, desconstrucción, reconstrucción y reformulaciones, metáfora, escultura, redefinición del problema, connotaciones positivas, desculpabilización, normalización, curación del intento suicida, relatos.

El otorgarle un valor a la planificación terapéutica en relación al intento de suicidio en adolescentes permitirá acciones tendientes a mejorarla y a innovar herramientas



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES  
MAESTRIA EN INTERVENCION PSICOSOCIAL FAMILIAR

“PROPUESTA DE INTERVENCION TERAPEUTICA CON ENFOQUE SISTEMICO PARA CASOS DE INTENTO DE SUICIDIO”

de trabajo que nos permitan observar si disminuye el riesgo de suicidio. Este trabajo tiene como objetivo construir una propuesta de intervención terapéutica fundamentada desde la sistematización teórica para extraer conclusiones de acuerdo al tipo de terapia, herramientas utilizadas, frecuencia de sesiones por semana, número de sesiones, duración del tratamiento y al riesgo (mínimo o alto) de intento suicida.



## **PARTE I**

### **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El intento de suicidio es un problema complejo, para el cual no existe una sola causa ni una sola razón. Resulta de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociales, culturales y medioambientales. Es difícil explicar por qué algunas adolescentes deciden intentar suicidarse, mientras otras en una situación similar o incluso peor, no lo hacen.

El suicidio constituye un problema de salud pública muy importante que provoca casi la mitad de todas las muertes violentas de personas de grupos de edad variados, y se traduce en casi un millón de víctimas al año, además de unos costos económicos cifrados en miles de millones de dólares, según ha señalado la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las estimaciones realizadas indican que en 2020 las víctimas podrían ascender a 1,5 millones. Se calcula que por cada muerte atribuible a esa causa se producen entre 10 y 20 intentos fallidos de suicidio, que se traducen en lesiones, hospitalizaciones y traumas emocionales y mentales, pero no se dispone de datos fiables sobre el verdadero alcance.



En el Ecuador en el año 2006 se presentó 2334 casos que equivalen a una tasa de 17,4% por cada 100.000 habitantes, donde son causas la migración, carencia afectiva, pobreza, depresión, ansiedad; la sierra tiene el mayor porcentaje con 29,5%, con respecto al oriente con el 23,1%, la costa el 6,1%, y la región insular no se ha reportado casos.<sup>3</sup> En la provincia del Azuay en 2006 se presentaron 296 casos con una tasa de 44,7% por habitantes correspondiente a intentos de suicidio siendo mayoritariamente superior frente al suicidio consumado con 8 casos con una tasa de 1,2% 1000.000 habitantes, dicha tasa ha seguido creciendo en los últimos años.<sup>4</sup>

Entre los factores de protección contra el intento suicidio cabe citar una alta autoestima y unas relaciones sociales sobre todo con los familiares y amigos, el apoyo social, una relación estable de pareja y las creencias religiosas o espirituales.<sup>5</sup>

---

<sup>3</sup> Ministerio de Salud Pública. Situación Epidemiológica de la Salud Mental, Sistema de Notificación EPI 2. Ecuador, 1999- 2006

<sup>4</sup> Ministerio de Salud Pública. Situación Epidemiológica de la Salud Mental, Sistema de Notificación EPI 2. Ecuador, 1999- 2006

<sup>5</sup> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/suicidio.htm>, acceso 15/4/09



Existe información estadística que demuestra que la formación del personal de atención primaria repercute en la pronta identificación y en la intervención terapéutica adecuada a los pacientes adolescentes con comportamiento auto lítico constituyen una importante estrategia preventiva que podría hacer disminuir los intentos de suicidios entre los grupos de riesgo.<sup>6</sup> La prevención comprende una serie de actividades que van desde la provisión de las mejores condiciones posibles para la educación de jóvenes y niños y el tratamiento eficaz de trastornos mentales, hasta el control medioambiental de los factores de riesgo. La difusión apropiada de información y una campaña de sensibilización del problema son componentes esenciales para el éxito y efectividad del programa.

Bajo la consideración que en los últimos años se ha registrado en Cuenca un aumento alarmante del intento de suicidio entre los adolescentes de 10 a 19 años, es que se pretende mediante la propuesta de intervención terapéutica ver si disminuye el riesgo de intento suicida en los adolescentes que acuden al Centro.

---

<sup>6</sup> OQUENDO et. al. Sex Differences in Clinical Predictors of Suicidal Acts After Major Depression. A Prospective Study, American Journal of Psychiatry 2007, 164 (1) 134.





## 2. JUSTIFICACIÓN

Las teorías: sistémica y narrativa han permitido fundamentar la elaboración de la propuesta de intervención terapéutica para evaluar los resultados y sacar conclusiones sobre el plan.

El trabajo práctico se realizó en el Centro de Integración Apoyo Psicológico y Social: Emprender, por que cuenta con la dotación de un espacio físico adecuado para la realización de terapias individuales y familiares. En este Centro se viene trabajando en la atención a pacientes que presentan esta patología desde el año 2007, realizando proyectos y talleres de intervención.

La propuesta de intervención terapéutica se aplicó a tres pacientes adolescentes con intento de suicidio entre los diez a diecinueve años de edad, con la finalidad de extraer conclusiones de la aplicación. Los resultados observados permitirán tomar acciones tendientes a mejorar y a innovar las herramientas de trabajo en relación al intento de suicidio en adolescentes.

Por otro lado, la propuesta reviste una importancia y un valor en nuestro contexto, pues genera a la vez nuevos



conocimientos y criterios a través de la socialización de experiencias a terapeutas familiares, transferencia de conocimientos acerca de esta temática que podrían ser utilizados por equipos interdisciplinarios en salud mental.

El beneficio directo es evidente, porque se pretende mejorar las condiciones de tipo psicológicas de los pacientes y sus familias, por lo que se justifica la aplicación del trabajo investigativo.

### **3. OBJETIVOS:**

#### **3.1 GENERAL:**

Construir una propuesta de intervención terapéutica fundamentada desde la sistematización teórica.

#### **3.2 ESPECÍFICOS:**

- Sistematizar teóricamente cómo se debe realizar una intervención terapéutica para el intento de suicidio.
- Elaborar un esquema “propuesta de intervención terapéutica” para los adolescentes suicidas.
- Aplicar la propuesta en los tres adolescentes con comportamiento suicida.



- Abstraer conclusiones de acuerdo al: tipo de terapia, herramientas utilizadas, frecuencia de sesiones por semana, número de sesiones, duración del tratamiento y al riesgo (mínimo o alto) de intento suicida.

#### **4. MARCO TEÓRICO**



## CAPÍTULO 1

### 1.1. TEORIA MACRO SOCIAL DEL INTENTO SUICIDA

Desde el enfoque sistémico se demuestra que la actividad humana no obstante de ser personal, es también intercomunicación con otras personas y que no se puede analizar al individuo fuera del contexto familiar y social. Esto significa que, la conducta suicida del adolescente, no se da independientemente de un contexto familiar definido que puede estar propiciando o generando el problema en cuestión. Sin duda la familia posee más recursos con los cuales producir cambios, y estos son los que más le afectan al adolescente, ya que este es sumamente vulnerable a los mismos. Siendo fuertemente afectado por el contexto familiar, a su vez afecta el contexto del que forma parte.

Charles Fishman, plantea que las dificultades de la familia constituyen el factor más importante en cuanto al suicidio adolescente.<sup>7</sup> En investigaciones locales los conflictos familiares ocupan el porcentaje más alto dentro de los factores pre disponentes al intento suicida en

---

<sup>7</sup> Beltrán G. Adolescentes suicidas: un abordaje desde la terapia familiar sistémica. Rev Verdad de la Universidad del Azuay 2005; (35): 215-236. el p 216



adolescentes, siendo estos: hogar desintegrado, carencia afectiva, baja autoestima, violencia intrafamiliar, problemas económicos, familias disfuncionales y, padre, madre y/o pareja consumidores de sustancias psicoactivas. Los familiares se cuestionan el por qué les toca vivir esta situación que nadie puede contestar. Los sentimientos de culpa y la sensación de por qué no intuí que algo así estaba pasando son las constantes en el proceso que viven al interior de los hogares. Al responsabilizar a toda la familia del comportamiento suicida, el PI tiene la sensación de descanso, el repartir la culpa, genera en los demás sentimientos ambivalentes de aproximación o alejamiento.

Las adolescentes que pertenecen a un funcionamiento familiar catalogado de los extremos, como las siguientes:

Según Osornio (2000), los adolescentes con intento de suicidio en su mayoría pertenecen a familias desintegradas, donde es determinante la falta de apoyo familiar, referida a la carencia de contención familiar, vínculos alterados entre sus miembros, presentando así exageraciones en la , cohesión y la adaptabilidad. Por lo tanto la familia presenta mayor disfuncionalidad lo que llevaría al adolescente a cometer suicidio, ya que en caso de crisis la familia no se movilizaría para apoyar a sus miembros, debido que tanto



cohesión (vínculos emocionales y grado de autonomía) y adaptabilidad (**estructura** de **poder** y reglas) son extremas.

Cuando se modifica una secuencia en la que el padre se alía firmemente con el hijo contra la madre, hace que la familia comience a funcionar de manera diferente y que los individuos que la integran abandonen la angustia subjetiva.<sup>8</sup> De igual manera el mayor riesgo suicida se puede observar en familias cuyo nivel de funcionamiento familiar se encuentra en los extremos, como la familia estructurada desligada. Esto se explica a que en este tipo de familias a pesar de que cuentan con la habilidad de responder frente a los cambios situacionales, presentan pobres vínculos emocionales entre sus miembros, dándose poco involucramiento o interacción entre ellos, siendo la cohesión muy baja, estableciendo mejores vínculos con sus amistades.

Gonzáles, Martínez, Hadad y Santiesteban (1998) encontró escaso vínculo emocional y serias dificultades para enfrentar el estrés situacional en las familias de adolescentes que hayan sufrido **violencia**. La dinámica familiar esta estrechamente ligada a nuestra estabilidad emocional; por lo que juega un papel importante en las repercusiones psicológicas que genera en los

---

<sup>8</sup> HALEY, J; Trastornos de la Emancipación Juvenil y Terapia Familiar, 3Ed. Amorrortu S.A. Buenos Aries 2003, pp58-77



adolescentes. Definitivamente, la ausencia de afecto, cohesión y armonía entre los miembros de la familia son elementos relevantes en el origen de la ideación suicida; por lo que se debe tomar en consideración al valorar el nivel o grado de ajuste del adolescente como punto de partida y la **imagen** que éste tiene de su familia.

Los aporte de Romero y Pastor (2003) fueron que al comparar los niveles de adaptación en el **ambiente** familiar, escolar y **personal**, el **grupo** de adolescentes mujeres alcanza mayores niveles de adaptación a diferencia del grupo de varones. Esta información da a conocer que son los hombres quienes presentan mayor riesgo de cometer suicidio, ya que el nivel de adaptación en estos últimos es menor en el ámbito familiar, debido a una desvinculación con la familia.

Pittman hace referencia a que las familias atraviesan ciertas crisis con el fin de examinar toda la gama de acontecimientos que disocian la vida conyugal y familiar: desgracias inesperadas, crisis evolutivas, crisis estructurales y crisis de desvalimiento. Enfocándose en las familias estructuralmente propensas a ellas -fóbicas, psicosomáticas, drogo dependientes, incestuosas o violentas- y a las que tienen algún miembro maníaco, deprimido o esquizofrénico.



El reconocimiento del campo familiar sirve principalmente al terapeuta para conocer a la familia y su funcionamiento. Le sirve también para elaborar un plan terapéutico.<sup>9</sup> Las teorías de Bowen mediante el desarrollo de sus conceptos de triangulación, fusión y conflicto intergeneracionales, y culmina con su brillante investigación sobre la diferenciación del sí mismo dentro de la familia de origen. El hecho de colocar al adolescente con intento de suicidio y su proceso de diferenciación en el centro del estudio de la familia, permite superar la dicotomía entre lo individual y lo relacional, y, a la vez, su método relacional facilita la comprensión del adolescente y de su ciclo evolutivo.

Pauline Boss explica que las personas que sufren pérdidas ambiguas oscilan entre la esperanza y la desesperación, emociones que pueden amortecer los sentimientos e impedir a las personas volver a ocuparse de sus vidas. Basado en investigaciones y su experiencia clínica para sugerir estrategias que puedan suavizar el dolor y ayudar a las familias a aceptarlo. En muchas familias y personas que se enfrentaron a pérdidas se muestra cómo consiguieron superar la tristeza paralizadora. Entre los casos se incluyen también los de pérdidas dolorosas a causa de divorcios, emigraciones y adopción.

---

<sup>9</sup> BOWEN, M; De la familia al individuo, Ed. Paidós Barcelona-España, 1991, p 53





## 1.2 IDEACIÓN SUICIDA

Ideaciones suicidas: se consideran algunos procesos afectivos y cognitivos que varían desde sentimientos acerca de la falta de sentido de vivir, la elaboración de planes para quitarse la vida, hasta la existencia de preocupaciones sistemáticas y delirantes referidas a la autodestrucción.<sup>10</sup>

Consisten en sentimientos y pensamientos de terminar con la propia existencia y que pueden adoptar las siguientes formas de presentación: desde pequeños comentarios en estados emocionales de irritabilidad y dolor, hasta las ideas más elaboradas que incluyen el método que la persona piensa utilizar, el día que ha planeado cometer el acto suicida. Incluso, en algunos casos, las personas arreglan sus cosas, escriben testamentos y redactan cartas o notas de despedida, es decir, se preparan para el final.

Las ideas suicidas y el deseo de muerte son muy frecuentes en la adolescencia sin que ello constituya un peligro inminente para la vida, si no se planifica o se asocia a otros factores, llamados de riesgo, en cuyo caso

---

<sup>10</sup> MAGANTO, C., Amador, J., González, R., Evaluación Psicológica en la Infancia y Adolescencia: Casos Prácticos. Ed. SA. Madrid- España 2001, p 410.



adquieren carácter mórbido y pueden desembocar en la realización de un acto suicida. Por ello la sensación del adolescente de sentirse incomprendido, aislado con dificultades para establecer vínculos, la ausencia de conectores vitales y el miedo al fracaso, nos vuelve a los adultos corresponsables de asumir una actitud de acompañamiento sin invadirlos.

### **1.3 INTENTO SUICIDA**

El intento de suicidio es el acto sin resultado de muerte en el que un individuo de forma deliberada se inflinge un daño a sí mismo con intención de provocarse la muerte. Esta problemática psico social de alta prevalencia con implicaciones médicas, psicológicas, sociológicas, culturales, siendo el grupo de adolescentes uno del más vulnerable después de los niños.

### **1.4 CARACTERÍSTICAS: TRASTORNOS MENTALES, SOCIODEMOGRÁFICAS, FAMILIARES Y PSICOLÓGICAS DEL POTENCIAL SUICIDA**

El acto suicida por un lado es un proceso, es la culminación o la última etapa del proceso, que se inicia con un desarrollo inadecuado de la personalidad del sujeto



involucrado. Se han descrito dos formas de dicho proceso: uno en el cual se dan varias etapas: de consideración, de ambivalencia y de decisión. De otra parte se dan los intentos en “cortocircuito” en cuyo caso el intento es resuelto de un momento a otro. Para que se de este proceso, existen factores de riesgo, entre ellos, tenemos:

### **1.4.1 TRASTORNOS MENTALES**

Casi un 95% de los que cometen suicidio tienen un trastorno mental.<sup>11</sup> Se considera que casi la totalidad de las personas que se suicidan son portadores de una enfermedad mental diagnosticable, lo cual ha sido ampliamente abordado en las investigaciones realizadas mediante las autopsias psicológicas. En los/las adolescentes este postulado también se cumple y se considera que la mayoría de los que intentan o se suicidan pudieron o padecen algunas de las siguientes enfermedades.

Los diferentes grupos de diagnóstico, en orden descendente de riesgo de suicidio, son:

---

<sup>11</sup> KAPLAN, H., et. al. Sinopsis de Psiquiatría, 8a. ed, Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires-Argentina 2001, p 985



- Depresión
- Trastornos de personalidad: personalidad antisocial y limítrofe, con rasgos de impulsividad, agresión y frecuentes cambios de humor.
- Alcoholismo y/o toxicomanías
- Esquizofrenia
- Trastorno mental orgánico
- Otros trastornos mentales.

Detectar a tiempo los sutiles cambios en la conducta, las relaciones humanas, la afectividad y los hábitos que sugieren la presencia de uno de estos trastornos por parte de los padres, abuelos, maestros, amigos y cualquier otra persona que esté en contacto directo con los/las adolescentes, permitirá recibir una atención oportuna e integral: psiquiátrica y psicológica encaminada a controlar el comportamiento suicida.

#### 1.4.2 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

- **Sexo.-** Más varones que mujeres cometen suicidio, pero más mujeres intentan suicidarse.
- **Edad.-** La tasa de suicidio tiene dos crestas: entre 15-35 años y en mayores de 75 años.



- **Estado Civil.-** Las personas divorciadas, viudas y solteras corren mayor riesgo. Las que viven solas o están separadas son más vulnerables.
- **Ocupación.-** Los médicos, veterinarios, farmaceutas, químicos y granjeros tienen tasas de suicidio por encima del promedio.
- **Pobreza y Desempleo.-** Se ha encontrado que la pérdida del trabajo, en vez del estatus de las personas desempleadas, está asociada con el suicidio.
- **Migración.-** Las personas que se han mudado de un área rural a una urbana o a una región o país diferente, son más vulnerables al comportamiento suicida.

### 1.4.3 CARACTERÍSTICAS CULTURALES

El suicidio no se puede distanciar de la cultura, es necesario conocer los contextos en los que nos movemos para entender lo que sucede a sus moradores.<sup>12</sup>

El indagar cómo se vive la cotidianidad los ciudadanos y los códigos culturales y sociales de los barrios y

---

<sup>12</sup> SIERRA, G., Vivencia personal, familiar y terapéutica en caso de suicidio, Ed. Ilustrador. Bogota- Colombia 2007, p 45.



ciudades, nos permite entender que existe ciudades anónimas, donde sus ciudadanos no existen, por ello, la cultura propicia ese mundo de desesperanza y de ausencia de futuro; así el suicidio también es anónimo, traducido a unos datos estadísticos fríos, emitidos por instancias de salud mental que demuestran este escenario dramático.

La mayoría de los que cometen suicidio han experimentado acontecimientos estresantes en los tres meses previos al suicidio, tales como:

- problemas interpersonales: riñas entre cónyuges, familia, amigos, amantes;
- rechazo: separación de la familia y amigos, humillaciones;
- pérdidas: financieras, seres queridos, académicos;
- problemas laborales y financieros: pérdida del trabajo, retiro, dificultades financieras;
- cambios en la sociedad: rápidos cambios políticos y económicos;
- otros acontecimientos estresantes: vergüenza y el temor a ser encontrado culpable.



- Fácil disponibilidad: La disponibilidad inmediata de un método para cometer suicidio es un factor importante para determinar si una persona lo cometerá o no.

Los adolescentes más instruidos podrían elaborar con mayor facilidad pensamientos negativos, como muestra de una visión más pesimista de la realidad, tendientes a la desesperación y a la ideación suicida. Además, se informarían mejor del método más fiable a la hora de consumir el suicidio.

La televisión influye en el comportamiento suicida. Se ha visto un aumento en los suicidios hasta 10 días después de los informes sobre casos de suicidio en las noticias. Las historias altamente publicitadas que aparecen en múltiples programas por los canales parecen tener el mayor impacto, en especial si involucran a celebridades.

Como profesionales en salud mental debemos analizar la inmensa posibilidad sociocultural, enmarcadas en el contexto de los seres humanos y la familia, lo cual puede consistir en la facilitación o validación del suicidio o por el contrario, en la construcción de la vida.



## **1.5 LA TEORIA MICRO SOCIAL: EL INTENTO DE SUICIDIO COMO TAL (INDIVIDUOS)**

El o la adolescente está en búsqueda de sí mismo, de su identidad, reclama y quiere independencia, con frecuencia se encuentra confrontando con padres y adultos por la no aceptación de patrones de autoridad, consumo de alcohol, drogas, sin metas o agenda de vida, baja tolerancia a la frustración, enamoramiento y primeros vínculos afectivos y sexuales, dependencia económica, aislamiento social, depresión, pérdida de sentido vital,, excesiva carga emocional por ser hijos únicos en estas recientes generaciones, vínculos mono-parentalizados.

El adolescente con intento suicida tiene la intención clara de poner fin a su vida, no lo logra y eso le genera varias posibilidades de reflexión. La primera reacción es una sensación de profunda frustración. Eso equivale a decirse a sí mismo: “Ni siquiera soy capaz de matarme” Estos individuos son los futuros candidatos a volverlo intentar, una y otra vez, hasta lograrlo.<sup>13</sup> Este es el concepto que guiará el desarrollo del proceso investigativo porque permite analizar desde el enfoque: sistémico,

---

<sup>13</sup> SIERRA, G., Vivencia personal, familiar y terapéutica en caso de suicidio, Ed. Ilustrador. Bogota- Colombia 2007, p 31-32.





narrativo el intento suicida para abstraer a la luz de la intervención terapéutica conclusiones de tipo: individual, familiar, sociocultural; en relación a si disminuye o no el intento suicida en los pacientes adolescentes.

El intento suicida, también denominado parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada. Es aquel acto sin resultado de muerte en el cual un individuo deliberadamente, se hace daño a sí mismo. El intento de suicidio es muy común entre los adolescentes con predisposición para esta conducta, ocupa el quinto lugar dentro de la clasificación de Morbilidad Psiquiátrica en Ecuador según datos de la Dirección Nacional de Salud Mental en el año 2005, y se considera que por cada adolescente que comete suicidio, lo intentan cerca de trescientos.

Algunas conductas que las adolescentes realizan pueden ser catalogadas como intentos de suicidio; entre ellas, podemos citar las siguientes comportamientos: conducir un vehículo a altas velocidades, en algunos casos en estado de embriaguez; participar en competencias donde existe la posibilidad de acabar con su vida, el juego de la ruleta rusa; ingerir altas dosis de dulces, en casos de



diabéticos; el consumo de sustancias psicoactivas; es, quizá, la mejor forma de ejemplificar el intento de suicida.

El comportamiento impulsivo, presencia de armas de fuego en la casa y exposición de comportamientos y acciones suicidas de otros, incluyendo familiares, conlleva a que la mayoría de adolescentes validen el suicidio como fin a sus problemas.

El contexto de inmediatez de su vida, les impide ver las consecuencias de sus actos; asumen con demasiada facilidad acciones suicidas con el único objetivo de desafiar la inmortalidad, propia de esta fase.

Como el caso de una familia con un miembro con intento de suicidio, el reconocer que es también responsabilidad suya, es lo que se conoce como síndrome del chivo expiatorio. Si la familia no tiene unos lineamientos claros, este comportamiento disfuncional esta presente en todos y en lugar de desaparecer se incrementa, por que el intento suicida se beneficia de esta ambivalencia afectiva.

La intervención terapéutica da la posibilidad de reestructuración de todo el sistema, permitiendo el crecimiento y responsabilidad de cada miembro de la familia. Frecuentemente se acompaña de una tendencia al



aislamiento, se evitan las relaciones interpersonales, prefiriendo el paciente con intento suicida estar solo, aislado, a tener que dialogar o recibir visitas.

Una evaluación minuciosa de los sentimientos, emociones, comportamientos o acontecimientos de la vida del adolescente ocurridos durante los dos o tres días previos al comportamiento suicida contribuye a la toma de decisiones con respecto de las necesidades de tratamiento. Las recomendaciones pueden incluir, entre otras, la terapia individual para el o la adolescente, terapia de familia y, cuando sea necesario, la internación para brindarle al paciente un entorno supervisado y seguro. Los padres desempeñan un papel vital de apoyo en cualquier proceso de tratamiento.



## **CAPÍTULO 2**

### **2.2 ENFOQUE SISTEMICO EN EL ABORDAJE DEL COMPORTAMIENTO SUICIDA**

La Intervención Terapéutica es cualquier tipo de intervención que se realiza teniendo en cuenta las exigencias de aquel sistema en aquel momento histórico. Así la Terapia Familiar sistémica tal y como la conocemos actualmente, comenzó a desarrollarse en Estados Unidos, a partir de la década de los 50. Esta perspectiva contextual cambió el punto de vista para enfocar el origen de los problemas y el modo de intervenir: desde el mundo interno e individual o externo e individual hacia la interacción familiar.

Aparece en este contexto y constituye la combinación de conceptos y teorías que vienen desde campos tan diferentes como la física y la lingüística a la salud mental. Incluso, las dos características principales de la terapia familiar y que constituyen ya estaban presentes en esta época, puesto que se trata de una nueva propuesta tanto desde la técnica psiquiátrica como también en psicoterapia, pero fundamentalmente se trata de una aplicación, de una nueva epistemología del



comportamiento humano.<sup>(14)</sup>

Los conceptos que hacen referencia a este modelo están basados en la Pragmática de la Comunicación, en la Teoría General de Sistemas y en conceptos Cibernéticos. No se considera la patología como un conflicto del individuo, sino como una patología de la relación. El punto de partida es el principio de que toda conducta es comunicación.

La persona se encuentra inserta en un sistema siendo los miembros de ese sistema interdependientes. Por tanto, un cambio en un miembro afecta a todos los miembros del sistema. El síntoma tiene valor de conducta comunicativo; el síntoma es un fragmento de conducta que ejerce efectos profundos sobre todos los que rodean al paciente; el síntoma intento de suicidio cumple la función de mantener en equilibrio el sistema. La terapia va dirigida a intervenir activamente en el sistema para modificar las secuencias comunicativas defectuosas. En el modelo interaccional o sistémico, la unidad es el sistema (díada, tríada o más personas). Así pues, la Terapia Familiar trata de modificar el equilibrio de la relación patogénica entre los miembros de la familia, a fin de facilitar nuevas formas de relación.

---

<sup>14</sup> ORTIZ, D; Terapia Familiar Sistémica, U Politécnica Salesiana 1Ed. Abya -Yala Quito- Ecuador 2008,pág 43



Un síntoma de cualquier miembro de la familia en un momento determinado se ve como expresión de un sistema familiar disfuncionante. Para comprender el síntoma se debe comprender no solo al portador del síntoma, sino también a la familia y al sistema familiar, ya que el síntoma cumple la función de mantener el equilibrio del sistema familiar.

La comunicación, es uno de los elementos que se ve afectado por el intento de suicidio. La terapia en sí es un espacio seguro para comunicarse y poder decir las cosas en otros contextos no se dicen, sin embargo hay también algunas técnicas para mejorar la calidad de la comunicación. Con pasos simples como hablar sin interrumpirse, saber escuchar, no asumir y preguntar, hablar en primera persona asumiendo la responsabilidad de lo que se dice, piensa o siente. Otras un poco más complejas para llegar a entender que el lenguaje tiene varios niveles, y generalmente que en niveles más profundos hay una intencionalidad de lo que se dice, así por ejemplo, lo que puede ser una queja suele tener un pedido subyacente, que no se ve, porque la queja inmediatamente activa las defensas.



Esta conciencia de los efectos recíprocos recursivos no significa que un terapeuta sistémico llegue a la conclusión de que no hay cosa tal que una como una capacidad individual de toma de decisiones y de responsabilidad.<sup>15</sup> La circularidad es un elemento terapéutico fundamental, llegar a conocer como se están retroalimentando los patrones de comunicación y conducta, ejemplo, lo que he llamado el sistema de protección familiar frente al comportamiento suicida, donde los padres pretenden proteger a su hijo (P.I.) asumiendo la carga emocional.

## 2.2 ENFOQUE NARRATIVO

Como antecedentes teóricos señalo las aportaciones de Bateson: “todo conocimiento requiere un acto de interpretación”. No es posible conocer la realidad objetiva, esto lleva a la utilización del método interpretativo en ciencias sociales, afirmaba que la comprensión de un hecho esta determinada por su contexto receptor y la red de premisas y supuestos que constituyen nuestros mapas del mundo. La información de una noticia es la que desencadena nuevas respuestas en los seres vivos, siendo

---

<sup>15</sup> STIERLIN, H, WEBER, G; Que hay detrás de la puerta de la familia, Ed. Gedisa S.A. Barcelona - España, 1997, p 64



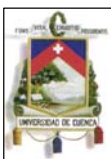
esencial ubicar los eventos en el tiempo para la percepción de la diferencia que genera a la vez el cambio.

Según Foucault: Las prácticas de poder penetran en la vida de las personas y la moldean en sus niveles más profundos, incluso sus actitudes, deseos, cuerpos costumbres, etc. Esto significa que los esfuerzos para transformar las relaciones de poder en una sociedad deben dirigirse a esas prácticas de poder en el ámbito de lo cotidiano, lo obvio, lo local.

White 1993 hace referencia a la Teoría del Cambio y propone la técnica: externalización del problema que facilita separar a la persona del problema contribuyendo así a resolver los conflictos a través de la cocreación de textos narrativos nuevos y liberadores.

Payne 2002 señala que una de las principales responsabilidades del terapeuta es ser consciente del lenguaje que usa y los cita "Hemos de tener en cuenta el tema del lenguaje. La palabra es muy importante. En muchos sentidos, la palabra es el mundo." White utiliza el vocabulario con neutralidad étnica y de género para evitar el significado implícito de las relaciones de poder contenidos en términos lingüísticos.





Narrativa viene del verbo narrar relatar algún suceso; contar un cuento; que tiende a la narración. N (nombre): aquello que es relatado, una descripción continuada de una serie de sucesos; un relato. En esta terapia, la palabra narrativa se refiere tanto a los relatos que las personas se cuentan a si mismas y a los demás acerca de sus vidas, como el conocimiento experiencial y de primera mano de personas y comunidades al que los pensadores postmodernos asignan la misma legitimidad que al conocimiento científico.

La narrativa es un esquema a través del cual los seres humanos brindan sentido a la experiencia de temporalidad y a su actividad personal. El significado narrativo añade a la vida una noción de finalidad y convierte las actuaciones cotidianas en episodios discretos. Es el marco sobre el que se comprenden los eventos pasados y se proyectan los futuros. Es el principal por medio del cual la vida del ser humano cobra sentido.<sup>16</sup>

Los significados que le damos a los eventos que ocurren en una secuencia a través del tiempo no ocurren

---

<sup>16</sup> PAYNE, M; “Terapia Narrativa”, Ed. Paidós, Barcelona. 2002, Pág. 47



en el vacío. Siempre hay un contexto en el que las historias de nuestra vida se forman. Este contexto contribuye a las interpretaciones y significado que le damos a estos eventos, siendo el género, raza, clase, cultura y preferencias sexuales componentes que influyen en las historias elaboradas.

Los creadores de la terapia narrativa la enmarcan en el pensamiento post estructuralista que critica la descripción del ser humano en términos de mecanismos físicos y biológicos. La terapia narrativa encaja dentro del construccionismo social, según la cual la fuerza más poderosa para modificar nuestras vidas son los relatos que nos contamos constantemente a nosotros y a los demás y que representan la visión que tenemos del mundo y de nuestras relaciones.

El postmodernismo arranca en la década de los 70 a pesar de algunos acontecimientos históricos con el cuestionamiento de las pretensiones modernistas sobre el mundo objetivo y subjetivo que han dominado el pensamiento occidental.

En un sentido más general, narrativa, tiene relación con una serie de ideas relativamente reciente sobre la vida



y el conocimiento humano. En esta corriente, el postmodernismo, se reconocen dos formas, igualmente importantes, de describir y comprender el mundo: la científica y la narrativa. Puesto que las descripciones científicas han disfrutado de mayor respeto a lo largo de la historia de accidente, el postmodernismo prefiere atender a la narrativa.

Para los pensadores modernos, el conocimiento local que las personas derivan de su experiencia y sistematizan formando narrativas es tan genuino y digno de respeto como el conocimiento experto. El postmodernismo señala que todo conocimiento esta influido por la sociedad y cuestiona muchas de las verdades dominantes surgidas del conocimiento experto sirven para justificar las practicas de dominación de quienes ostentan el poder.

## **2.3 TÉCNICAS NARRATIVAS**

La terapia narrativa presenta varias técnicas, entre ellas voy a referirme a la externalización del problema por que pienso que es un recurso que permite descontextualizar el problema de la vida del paciente.



### 2.3.1 LA EXTERNALIZACIÓN DEL PROBLEMA

Antes de externalizar el problema se debe identificar. Estas preguntas son indispensables en el inicio de la primera sesión, en las sesiones posteriores a la interrupción prolongada, para apresurar la clasificación del objetivo de la asistencia a terapia, etc, ¿Cuál es el problema?, ¿Cuál es el problema ahora?<sup>17</sup>

La externalización es un abordaje terapéutico que insta a las personas a cosificar y, a veces, personificar, los problemas que las oprimen.<sup>18</sup>

El terapeuta emplea un lenguaje que transmite implícitamente, que el problema, tiene efectos sobre la vida de la persona, en lugar de ser parte de ella. El proceso de separar el problema de la persona se le llama externalización y es el fundamento, en que se construyen las conversaciones. Es una actitud y una orientación en la conversación, no simplemente una técnica. Para facilitar este proceso, es importante imaginar al problema como una “cosa” que está sentado en otra silla. A veces al problema se le puede dar una identidad o darle un nombre como persona, a esto se le llama personificar el problema.

---

<sup>17</sup> ORTIZ, D; Terapia Familiar Sistémica, U. Politécnica Salesiana, 1Ed, Abya – Yala, Quito- Ecuador 2008, p 13

<sup>18</sup> WHITE, M; EPSTON, D; Medios Narrativos para fines terapéuticos, Ed. Paidós S.A. Barcelona- España 1993, P 53



Se puede también, pedirle al paciente, particularmente a los adolescentes con intento suicida, que dibujen al problema y le asignen un nombre, el cual puede ir cambiando conforme se van descubriendo más de sus características, este recurso contribuye a desvincular al paciente del problema.

La externalización del problema permite a las personas separarse de los relatos dominantes que han estado dando forma a sus vidas y sus relaciones. Al hacerlo, recuperan la capacidad de identificar aspectos previamente ignorados que no podrían haberse predicho a partir de la lectura del relato dominante.

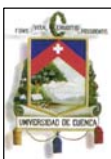
Significa mantener la actitud de que las dificultades son algo que afecta a la persona, no algo que forma parte de ella. Utilizando metáforas de cómo el problema afecta a la persona, la externalización fundamenta que la persona responde expulsando el problema al sentirse que no es parte del problema. Cuestiona las nociones de normas, busca hacer visible las prácticas discriminatorias y sus efectos en las personas. Se involucra en consultar a las personas acerca de los cambios o re-negociación de su



relación con los problemas. Sostiene que las personas son expertas sobre sus vidas y relaciones.

Explorando los efectos del problema: nombrar el problema; ¿cómo afecta a la persona en lo que siente y piensa de sí misma?, ¿cómo se ve como adolescente, hijo/a, hermana/o y estudiante?, ¿cómo afecta sus esperanzas y sus sueños, sus vida escolar, vida social, en sus pensamientos, salud, ánimo, vida cotidiana. Si se trabaja con la familia, se le pregunta a cada uno sobre los efectos del problema.

El hecho de hablar de los efectos del problema va en contra de los intereses del problema y tiene el potencial de reducir la influencia del mismo. Al evaluar de esa manera los efectos del problema, se empieza a trazar una historia diferente en la vida de las personas y sobre sus preferencias e intereses. Atraer la atención a esto, ayuda a reconectar con estas partes. El terapeuta jamás asumirá que sabe los significados de los efectos del problema para la persona que lo está discutiendo, por lo tanto tiene que preguntar para que realmente entienda la situación.



## **2.3.2 IDENTIFICACIÓN, DESCONSTRUCCIÓN Y RECONSTRUCCIÓN DE LA NARRATIVA**

Una vez que la persona ha mencionado aspectos de su experiencia que parecen negar, contradecir o modificar su relato saturado del problema, el terapeuta por medio de preguntas, la invita a explayarse sobre las circunstancias y naturaleza de esos desenlaces inesperados y a considerar en la medida en que desentonan con la historia saturada.

Justificar e investigar el por qué los evalúa de esa manera, situando el problema en el contexto: desconstrucción, desde el punto de vista de la terapia narrativa, los problemas solo sobreviven cuando están respaldados por ideas particulares, creencias y principios, ejemplo: la anorexia y la bulimia, sobreviven en culturas que valoran la delgadez, donde el éxito y la competencia se juzgan en términos de la forma y tamaño del cuerpo, culturas que promueven la auto vigilancia y el individualismo.

La terapia narrativa está interesada en descubrir, reconocer y llevar a desconstruir las ideas, creencias, prácticas de la cultura en que vive la persona y que sirven para asistir al problema y a su historia, de esta manera es



más fácil cuestionar y desafiarlas. La desconstrucción puede llevar a cuestionar las ideas que “dan por hecho” y abren alternativas para asistir a las personas a cuestionar o desafiar y romper con la visión del problema y a estar más conectados con lo que ellos prefieren para sus vidas. Estas conversaciones exploran las condiciones de género, clase, raza y/o sexualidad y cambian el enfoque de un proceso interno de la persona a un enfoque externo y de creencias.

### **2.3.3 EL RELATO NARRATIVO**

Como humanos, interpretamos, le damos significado a las experiencias de la vida diaria, buscamos la manera de explicar los sucesos y darles un sentido. Este significado esta vinculado en una secuencia a través del tiempo de acuerdo con un tema. Relatos acerca de nosotros, de nuestras habilidades, dificultades, competencias, acciones, deseos, trabajo, éxitos y fracasos.

Un relato debe estar constituido por dos elementos distintos pero simultáneos, una es los argumentos de la acción, intención o propósito, y segundo las formas de pensar, sentir y obrar de un hecho en determinado momento de conciencia. Son seleccionados sobre otros que no encajan en la historia dominante. Los que quedan





fuera de la historia dominante permanecen ocultos o con menos significado a la luz del tema dominante. La historia dominante no solo afecta en el presente, sino que tendrá implicaciones para las acciones futuras. El significado atribuido a estos eventos no es neutral, tienen efectos que le darán forma a la vida en el futuro.

Otros eventos, y la interpretación de otras personas sobre estos eventos y mis propias interpretaciones pueden llevarme a un relato alternativo. El acto de vivir requiere que nos enganchemos en la meditación entre las historias dominantes y las historias alternativas de nuestra vida. Siempre estamos negociando e interpretando nuestras experiencias. La manera como entendemos nuestra vida está influenciada por la amplitud de los relatos de la cultura en que vivimos.

Estos relatos van perdiendo realidad en la memoria a medida que son filtrados por las normas y supuestos sociales y por conocimiento experto atribuido a otras personas. Por esto los relatos del yo suelen ser malos y la observación atenta de sus orígenes puede llevar a narraciones más ricas, más apegadas a la experiencia, más saturadas de conocimiento local. Por medio de este conocimiento las personas ven en su vida con mayor



perspectiva, superan sus problemas, reconstruyen sus identidades de forma positiva.

Las terapeutas narrativas realizan una doble escucha en la historia que cuenta la persona: la que habla del problema y las veces que contradice al problema y que está fuera del relato dominante. Los resultados únicos pueden servir como oportunidades para descripciones más ricas de las vidas y relaciones de la persona que nos consulta. Sino momentos brillantes que ofrecen una apertura a una conversación diferente, apertura para escapar de la conclusión delgada y moverse a una descripción más rica.

A veces, el significado que tiene para la persona se puede notar en el cambio de emoción o el lenguaje corporal, el tono de voz varía de más emocionado o más relajado; no hay que asumir sino aclarar las expresiones del paciente cómo ha juzgado el evento, y es importante que el terapeuta clarifique.

#### **2.3.4 BAUTIZAR EL PROBLEMA**

Además de motivar a la persona a expandir su narrativa inicial, el terapeuta la invita a poner un nombre



específico al problema, quizás una palabra o una frase corta. Si a la persona no se le ocurre nada, el terapeuta hace sugerencias, ejemplo: intento suicidio desastroso, etc, hasta que ambos eligen en conjunto un nombre provisional. Este nombre se utiliza hasta que subsiguientes descripciones permiten escoger uno más apropiado y preciso. El bautizar el problema añade énfasis y concreción, permite a la persona sentir que controla su problema y posibilita la externalización.

### **2.3.5 ACOGER Y LEGITIMAR.**

El gran peso del comportamiento suicida consiste en que la familia y la sociedad no están preparados para conocer el dolor que afronta el PI ante un intento de suicidio. En la mayoría de casos el PI y su familia pasan por un proceso de negación en el reconocimiento del comportamiento suicida, siendo pertinente que el terapeuta se muestre abierto al dolor, ser capaz de reconocerlo, acogerlo y manejarlo.

### **2.3.6 NORMALIZAR Y DESCULPABILIZAR.**

Significa crear un contexto lógico donde el dolor tenga sentido y facilite el poder aceptarlo. El sentimiento de culpa paraliza y pone en guardia a las propias defensas,



impidiendo aceptar las consecuencias del comportamiento suicida. Desde este marco, desculpabilizar es el inicio del cambio dentro del proceso de intervención terapéutica, resaltando la capacidad del terapeuta para encontrar los componentes válidos, lógicos y que permita resolver la culpa.

### **2.3.8 VALORAR A LA PERSONA Y MANEJAR LOS SENTIMIENTOS.**

Constituye una destreza del self del terapeuta realizar la valorización en el momento y con el lenguaje esternalizador, servirían de empuje sinérgico al PI para reconstruir el valor que posee la vida. Es necesario explorar y reconocer los sentimientos del adolescente suicida con el propósito de exteriorizarlos a través del dibujo, la escultura o usar un objeto metafórico se vuelven concretos y así permiten ejercer el poder de controlarlos.

Cuando el PI refiere su experiencia ante el intento suicida, se evidencia no solo la historia personal sino va definiendo su personalidad como protagonista. Siendo la narrativa el centro de su identidad y desde esta óptica se analiza como los PI asumirán la culpa o el legado relacional ante lo acontecido.



Como lo asegura Juan Luis Linares, la narrativa dominante, tiene un vínculo relacional con las figuras significativas de nuestra infancia, en relación a la conyugalidad y el rol parental aplicado por sus padres.

### 2.3.13 METÁFORA

El significado real o sentido lógico trasladado se “fusiona” con el elemento analógico. El mismo sentido lógico y trasladado es el “huésped”; y el elemento analógico es el “anfitrión”.<sup>19</sup> En el lenguaje cotidiano, en la terapia y la psicología, suele emplear frecuentemente metáforas sobre estructura y profundidad en este caso del intento suicida.

La metáfora tiene una cualidad muy importante que es la polisemia. Esta hace que al insertar la misma en el dialogo, el significado que en última instancia se le da, depende de los propios pacientes. Luego a partir de ese nuevo significado que surge se comienza a co- construir una nueva identidad a través del diablo terapéutico individuo o terapeuta/familia, donde el resultado sin duda dependerá de ambas partes.

---

<sup>19</sup> ORTIZ, D; Terapia Familiar Sistémica, U. Politécnica Salesiana, 1Ed, Abya – Yala, Quito- Ecuador 2008, p 17

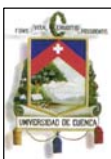


Expongo a continuación un ejemplo que presenta William Lax ( Gergen y otros, 1996) sobre una paciente agorafobia a quien le trasmite esta idea:

Me pregunto si su agorafobia será como una cometa atada con una cuerda a la parte de atrás de su cinturón. Usted se olvida de que está allí pero siempre la lleva con usted por la vida. A veces sopla más viento y usted se acuerda de la cometa, y la cometa le impide internarse en la tormenta. ¿Qué cambiaría si desatara la cuerda y dejara que la cometa se fuese? ¿Qué cambiaría para usted? ¿No se ha olvidado a veces que tenia una cometa atada al cinturón?.

La metáfora da pie para explorar la forma narrativa actual y buscar la expansión así como el surgimiento de formas de acción o valoración de la vida en el caso del intento suicida.

Para finalizar, refiero que la intervención terapéutica debe ser planificada tomando en consideración la amplia gama de técnicas y recursos estratégicos que permitirán alcanzar los objetivos establecidos en la propuesta.



## **CAPÍTULO 3**

### **3.1 QUE ES UN PLAN DE INTERVENCIÓN TERAPEUTICA**

Cada centro dispone de un Plan Terapéutico, que detalla los objetivos específicos del mismo, así como los procesos y tratamientos que se desarrollarán para lograrlos, y la duración aproximada de los mismos. Dichos Planes han sido diseñados por los responsables de los centros, y expresados en el correspondiente documento escrito. El Plan Terapéutico tiene carácter público y será dado a conocer, tanto a los pacientes en tratamiento como a sus familiares, así como a cualquier persona interesada.

Un plan de intervención terapéutica es un procedimiento metodológico susceptible de ser aplicado a casos generales y concretos, para evaluar cambios en el PI a corto, mediano y largo plazo, a través del esquema de intervención y los instrumentos como la Agenda de Entrevista y Agenda de Intervención. Los objetivos del plan son: recabar información sobre el estado del paciente identificado P.I. y de su familia; modificar algún aspecto relacionado con el síntoma del P.I.



A continuación expongo un esquema metodológico de intervención terapéutica que va a fundamentar la construcción de la propuesta de intervención para casos de suicidio en pacientes adolescentes:

1. Una entrevista comprende las siguientes partes. Pre-sesión, sesión, pautas, intervención final y post- sesión. Una primera entrevista añade un contacto telefónico previo a la sesión y la definición del contexto.
2. La ficha telefónica es un instrumento para la recogida de datos básicos del cliente y de su familia. Sirve, igualmente, para informar de las condiciones de trabajo en el Centro.
3. La presesión (15 a 30 minutos antes de la entrevista con la familia), sirve para recopilar la información de que se dispone, elaborar alguna hipótesis de qué puede estar ocurriendo y para definir algunas líneas de trabajo durante la sesión.
4. La definición del contexto (5 a 10 minutos) tiene una doble justificación: orientar sobre las condiciones del tratamiento y definir la relación entre la familia y el terapeuta en términos de una buena alianza de trabajo.
5. La sesión (50 a 60 minutos) se realiza para obtener información el resultado de las tareas que se impartieron en





la entrevista previa, confirmar y desconformar la hipótesis de la pre sesión, elicitando algún cambio en la condición de la familia y tomar decisiones sobre la intervención a impartir.

6. Las consultas con el equipo posibilitan un momento de reflexión, momento que se aprovecha para discutir la información, las estrategias de trabajo en la entrevista y en la conclusión a ofrecer a la familia.

7. En la fase de la intervención de (5 a 30 minutos) el terapeuta comunica cuáles son las orientaciones que ofrece el equipo para superar los problemas. Estas orientaciones son de tipo cognitivo (una visión alternativa del síntoma) y de tipo conductual (sugiera una tarea).

8. En la post- sesión (10 -20 minutos) el equipo discute la relación verbal y no verbal de la familia a la intervención. La reacción se toma como confirmatoria o disconfirmatoria de la intervención y de la evaluación. Esta información se retoma en la pre-sesión de la entrevista siguiente.

9. El seguimiento tiene como función conocer la evolución posterior y obtener información sobre la eficacia de los métodos terapéuticos utilizados. La forma de hacerlo puede ser mediante llamada telefónica (cuestionario por carta y entrevista de evaluación) realizada a los seis meses de finalizado el tratamiento. Si en la última entrevista se ha



tenido la precaución de establecer metas a medio plazo, el seguimiento puede utilizarse como instrumento (no el único) de generalización de resultados.

10. La preparación del final de la terapia se realiza a lo largo de todo el tratamiento. Decirles que tendrán 10 entrevistas constituye el primer momento; en la quinta se les anuncia que llegaron a la mitad del tratamiento. En la 8, 9 y 10 se les advierte que podrán tener una recaída, lo que suele ser normal hacia el final del tratamiento. Ya en la 10 se hace un resumen de los logros adquiridos y se fijan metas a mediano plazo, recordándoles que se les telefoneará seis meses más tarde.<sup>20</sup>

Otro ejemplo de cómo elaborar un plan lo refieren, Minuchin y Fishman, maestros de la terapia familiar, exponen un íntegro repertorio de intervenciones, brindando de esta manera una guía clara y matizada. Su enfoque amplio toma al terapeuta desde los pasos iniciales, en el momento mismo en que se definen las metas de la terapia, hasta llegar a la culminación, cuando la familia alcanza un funcionamiento más eficaz. Estas instrucciones están acompañadas de extensas transcripciones de sesiones reales, que ejemplifican la aplicación de cada una de las

---

<sup>20</sup> NAVARRO, J; Técnicas y programas en Terapia Familiar, Ed Paidós Iberica S.A. Barcelona- España 1992, pp 43-44



técnicas en la práctica efectiva. Los autores tratan de las aptitudes que el terapeuta debe alcanzar para convertirse en un eficaz promotor del cambio. Comprender a la familia, entrar en coparticipación con ella y planificar el tratamiento son pasos esenciales que aquí se consideran. Técnicas más específicas incluyen la escenificación del problema, su re encuadramiento y su intensificación hasta el punto en que entre en crisis. Entre las tácticas complementarias que todo terapeuta debe dominar están la modificación de las fronteras trazadas entre los miembros de la familia, el desequilibramiento de la estructura de relaciones y el refuerzo de los sectores de vida armoniosa.

### **3.2 COMO CONSTRUIR UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN TERAPEUTICA**

En base a la revisión del plan de intervención terapéutica anteriormente citado, he seleccionado algunos procedimientos que permitieron elaborar una propuesta actual y a la vez se añadió componentes adicionales y técnicas de otras aproximaciones por considerarlas útiles y que a la vez responda a las expectativas y necesidades: psicológicas, familiares y sociales de los pacientes suicidas, garantizando así el derecho a recibir un servicio de calidad en igualdad de condiciones, con el propósito de



abstraer conclusiones de la aplicación de la propuesta. La construcción de la propuesta comprende:

**INTRODUCCIÓN:** Este trabajo se ha elaborado desde el enfoque teórico y práctico: Teórico es la presentación de una revisión bibliográfica tomando en consideración estudios referentes al comportamiento suicida y su tratamiento dentro del ámbito de las técnicas narrativa y sistémica. Con una aplicación práctica de intervención terapéutica, a tres pacientes adolescentes con el propósito de abstraer conclusiones de la propuesta.

## **OBJETIVOS:**

- Dotar de estrategias de interrelación personal, familiar, social, para disminuir el riesgo del comportamiento suicida.
- Fortalecer la autoestima y la auto eficacia.
- Fomentar la autonomía del paciente, tanto en su tratamiento como en el resto de facetas de su vida.

## **FORMATOS DE INTERVENCIÓN**

- Agenda de Entrevista y
- Agenda de Intervención Terapéutica.



**a) AGENDA DE ENTREVISTA** Esta conformada por los siguientes componentes:

**DATOS DE FILIACIÓN:** Comprende nombres, apellidos, edad, ocupación y relación de los miembros que integran la familia. Esta información sirve para identificar el momento del ciclo evolutivo en que se encuentran. Como más tarde tendremos ocasión de ver, el momento evolutivo permite conocer los problemas vitales que están colectivamente afrontando y las habilidades que tienen que haber desarrollado para su solución.<sup>21</sup>

Una manera cómoda de proceder es declarar simplemente que se desea conocer a la familia del paciente con el fin de comprender mejor el problema. La aceptación o rechazo por parte de la familia empieza a proporcionar datos acerca de la actitud familiar ante el hecho consultado. Se destaca en este contacto telefónico, que queremos ver a toda la familia al menos una vez, dejando así la posibilidad de dividir el sistema total en subsistemas en función de lo que la dinámica de la terapia vaya aconsejando como más conveniente.

**MOTIVO DE CONSULTA:** El terapeuta cuando recibe a la familia pregunta: ¿En qué les puedo ayudar?, uno de los

---

<sup>21</sup> NAVARRO, J; Técnicas y programas de terapia familiar. Ed. Paidós S.A. Barcelona- España 1992, p 20-21



miembros de la familia expone el problema dando a conocer la razón por lo que están solicitante ayuda profesional.

**OBJETIVOS DESEADOS DE CADA PARTICIPANTE:** La familia junto con el terapeuta fija los objetivos. Al final de la primera entrevista es importante obtener de la familia una formulación suficientemente clara de los cambios que quieren alcanzar mediante la terapia: El problema a ser resuelto por el terapeuta debe ser uno que la familia desee solucionar, pero planteado en forma tal que lo haga resoluble. Haley comenta, claramente, que ninguna categoría de diagnóstico tradicional es un problema resoluble. Así, por ejemplo, si una familia define como problema la "angustia" de uno de sus miembros, el problema será el modo en que se manifieste esa angustia y la reacción de la persona angustiada.

### **LÍNEA DE BASE DE CONDUCTA PROBLEMA (FRECUENCIA: CUÁNDO, DÓNDE, CÓMO)**

Al preguntar a los miembros de la familia cómo ven el problema, sorprende comprobar que el "paciente identificado" presenta, en la mayoría de las ocasiones, una opinión radicalmente diferente de la de los otros miembros. A partir de la nueva visión que ofrece el "paciente



identificado', la familia puede empezar a considerar sus problemas. Al ampliar la visión del problema, el terapeuta hace surgir la esperanza de encontrar una solución.

**GENOGRAMA:** Es una representación gráfica de una constelación familiar multi generacional (por lo menos tres generaciones), que registra información sobre los miembros de esa familia y sus relaciones. Su estructura en forma de árbol proporciona una rápida "gestalt " de las complejas relaciones familiares y es una rica fuente de hipótesis sobre cómo un problema clínico puede estar relacionado con el contexto familiar y su evolución a través del tiempo.

Solicitar información acerca de la historia evolutiva, escolar, tratamientos psicológicos anteriores, historial de ideas o intentos suicidas en PI y su familia, problemas médicos, constituye información relevante de profesionales y agentes sociales, para analizar si algún problema físico, lesiones o enfermedades, irían en el sentido de la denuncia y planteamiento de objetivos, estrategias de intervención, garantizando la efectividad del proceso.

**EVALUACIÓN DEL ESTADO MENTAL: BECK Y HAMILTON:** Es necesario iniciar la intervención terapéutica a pacientes adolescentes con intento suicida, partiendo del



diagnóstico de la presencia de esta patología, por ello el test de Beck evalúan el riesgo suicida y el test de Hamilton, la presencia de ansiedad o depresión en los pacientes intervenidos.

### **FORTALEZA Y DEBILIDADES (INDIVIDUALES, FAMILIARES, ESCOLARES, PARES, COMUNITARIAS):**

EL terapeuta tiene ante sí las interacciones verbales y no verbales de los miembros de la familia, lo cual le revela las zonas familiares de debilidad y fuerza; y esto le permite poder prescindir de una "historia" antes de poder ofrecer tratamiento. No obstante, puede ser necesario, cuando el nivel de angustia de la familia es alto, sumergirse temporalmente en la historia de algún miembro de la familia con el fin de reducir la tensión de la sesión. Esta exploración histórica puede desarrollar un sentimiento de identidad de la familia: por ejemplo, una hija puede adquirir una visión nueva de su papel en la familia al escuchar a su madre las experiencias que tuvo cuando ésta era joven.

### **ANÁLISIS Y REDEFINICIÓN DE LA DEMANDA:**

Dependiendo de la demanda puede desarrollarse una variedad de intervenciones de distinta profundidad. Sea cual fuere el caso al metacomunicar una serie de consideraciones, como información y prevención detallada del comportamiento suicida, un acompañamiento al





proceso de intervención para trabajar los sentimientos de culpa, o afrontar una intervención en crisis, permite redefinir la relación ya que va a tener un efecto en la narrativa. Por ejemplo, cuando refiero “ que entiendo que el comportamiento suicida ya ha consumido gran cantidad de tiempo y energía del PI y que no quisiéramos que la terapia quite más tiempo, sino constituya un espacio para retomar el control de su vida”, inmediatamente se cambian el carácter invasivo del comportamiento suicida y se recupera el control.

**OBJETIVOS TERAPÉUTICOS:** El terapeuta de familias, por el contrario, considera desde un comienzo que el paciente identificado responde a aspectos disfuncionales de las transacciones familiares, y qué el mejor modo de enfocar los problemas del paciente identificado es el de esclarecer y cambiar estos aspectos disfuncionales. A menudo, esta etapa de la sesión oscila entre estos dos puntos: el terapeuta de familia extiende el foco de exploración desde el paciente identificado a diferentes aspectos de la organización familiar; la familia centra nuevamente el problema en el paciente identificado

**FUNCIONALIDAD SISTÉMICA DEL SÍNTOMA:** Si un niño presenta una conducta problemática, queda singularizado dentro de la familia como una fuente especial de



preocupación para los padres, que se ven envueltos en una lucha para modificarlo. El niño puede tener un síntoma cualquiera dentro de una amplia variedad (terrores nocturnos dolores de cabeza, piromanía, enuresis), pero sean cuales fueran sus dificultades, su conducta perturbada mantiene a los progenitores involucrados en el intento de ayudarlo y cambiar su comportamiento. Sin embargo, el terapeuta familiar considera que la sintomatología individual da la pista de zonas disfuncionales dentro de las relaciones internas de la familia.

**HIPÓTESIS:** El propósito es desarrollar hipótesis iniciales que sirvan de guía en la exploración de los vericuetos de la primera entrevista, la nueva información que se va reuniendo fundamenta las nuevas hipótesis en torno a determinar el ciclo vital de la familia y los conflictos predecibles en esa etapa.

## **b) AGENDA DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA**

Contiene los siguientes componentes:

**REGISTRO DE LOS CONSULTANTES PRESENTES:** Se registran a los miembros de la familia que se les ha



solicitado asistir a terapia según el código, tipo de terapia, del esquema: propuesta de intervención terapéutica.

**PROCESO DE INTERVENCIÓN:** Aquí se consigna el desarrollo del proceso terapéutico sesión a sesión, la aplicación de las diferentes técnicas de intervención con enfoque sistémico y narrativo.

**ELABORACIÓN Y COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS:** Compartir una breve evaluación con la familia y su problema, nos permite reformular la hipótesis o aceptarla de acuerdo a la información corroborada en el proceso de intervención.

**TÉCNICAS UTILIZADAS:** Aquí se enlista todas las técnicas que fueron aplicadas en el desarrollo de la sesión terapéutica.

**ACTIVIDADES (PACIENTE):** La prescripción del síntoma genera en el PI la voluntad de cambio conductual.

**ACTIVIDADES PRÓXIMA SESIÓN:** Aquí el terapeuta planifica las actividades a desarrollar para la próxima sesión lo que significa trabajar con orden y coherencia en la efectividad de los resultados terapéuticos.

**AUTO-EVALUACIÓN: MI SER TERAPEUTA COMO INFLUYE EN ESTE CASO:** Es necesario analizar después



de cada sesión terapéutica como esta ha influido en la persona del terapeuta, lo que facilita una mejor empatía con la familia intervenida.

### **c) DISEÑO DEL ESQUEMA: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA**

En este punto se va estableciendo con qué tipo de terapia comenzar, el por qué y el número de sesiones por semana, se destina una sesión de refuerzo y la duración del proceso es de un mes tres semanas de tratamiento comprendidas en doce sesiones. A continuación se da a conocer los componentes del esquema:

**SESIÓN: A1 TERAPIA FAMILIAR.** Esta comprende la fase de recepción del proceso de intervención terapéutica, al acudir o llamar por teléfono para solicitar consulta porque uno(s) de los miembros de familia presenta comportamiento suicida: ideación o intento suicida, se solicita la presencia de la familia nuclear con quienes se realiza la primera entrevista consignando los datos obtenidos en la Agenda de Intervención Terapéutica, y cada asistente comenta los conflictos familiares desde su percepción individual.



**SESIÓN: B1 - B 2 TERAPIA INDIVIDUAL.** Forma parte de la fase de intervención en crisis del proceso de intervención terapéutica, porque afloran susceptibilidades en torno a la ideación o intento suicida. Dirigido al PI con el propósito de permitir la libre expresión de sentimientos.

**SESIÓN: C1 TERAPIA PARA PADRES.** Se les proporciona técnicas de comunicación asertiva con el propósito de mejorar la relación parental y de ellos hacia los hijos.

**SESIÓN: D1 TERAPIA PARA PADRES Y PI** Los padres coordinan la implementación de la Agenda de Vida de su hijo/a y aplican estrategias para motivar e incentivar la resolución de conflictos por parte del paciente identificado.

**SESIÓN: E1 TERAPIA PARA HERMANOS Y PI.** Se aplica la técnica del FODA del Autoestima para potencializar la relación fraternal.

**SESIÓN: B 3 - B4 TERAPIA INDIVIDUAL.** Se trabaja la fase de conciencia y crecimiento personal del proceso de intervención terapéutica, cocreando una Agenda de Vida con la finalidad de proporcionar estrategias psico-sociales



que le permitan resolver los problemas e interrelacionarse, a nivel personal, familiar y escolar de manera asertiva.

**SESIÓN: B5 - B6 TERAPIA INDIVIDUAL.** Se trabaja en la fase de creación y potencialización del proceso de intervención terapéutica, permitiendo que el adolescente alcance independencia y autonomía para enfrentar la vida de manera proactiva. Contiene una evaluación parcial para evidenciar los avances en el proceso por parte del paciente identificado.

**SESIÓN: A2 TERAPIA FAMILIAR- EVALUACIÓN GENERAL.** Cada miembro de la familia dará su testimonio de como ha contribuido el proceso en el comportamiento del PI y la familia.

**SESIÓN: F1 TERAPIAS DE REFUERZO.** Se trabajara con una o varias sesiones terapéuticas en temas de interés familiar manifestados en la evaluación general elegidas con el objetivo de fortalecer el proceso.



## 4. DISEÑO METODOLÓGICO

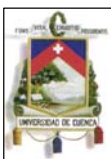
Se trata de un estudio de casos, en el cual se aplicó el esquema: propuesta de intervención terapéutica en adolescentes con intento de suicidio, para extraer conclusiones sobre variables como, tipo de terapia, herramientas utilizadas, frecuencia de sesiones por semana, número de sesiones, duración del tratamiento y al riesgo (mínimo o alto) de intento suicida. El esquema: propuesta de intervención terapéutica fue elaborado por psicóloga.

El Universo de estudio está conformado por quince pacientes que presentaron intento de suicidio y acudieron a consulta en el Centro. La muestra se seleccionó a tres adolescentes entre los 10 a 19 años de edad, entre aquellos que presentaron por lo menos un intento de suicidio catalogado como riesgo alto, y que no exhibieron un cuadro de ansiedad o depresión crónica, registrado en su respectiva agenda de entrevista, que fueron a los que se les aplicó la intervención terapéutica. Quienes acudieron, durante los meses de abril a junio del 2009. Se trata por tanto de una muestra intencional. A todos los pacientes se les solicitó consentimiento informado antes de participar en el estudio.



El esquema de intervención terapéutica consta de doce sesiones de terapia con una duración de un mes y tres semanas. La primera semana se trabajó con tres sesiones: (terapia familiar, terapia individual, terapia para padres), la segunda semana se: dos sesiones de terapia familiar, una al inicio A1, y otra al final A2 donde se realiza la evaluación general del proceso; seis sesiones de terapia individual, B1a B6, en la primera se realizó la valoración psiquiátrica; una sesión para padres, C1; una sesión de terapia para padres y PI, D1; una sesión de hermanos y PI, E1; una sesión terapia de refuerzo, F1. La aplicación del esquema de intervención terapéutica se consignó en dos formatos: Agenda de Entrevista: constan los datos de filiación del paciente, motivo de consulta, objetivos deseados por los miembros de familia participante, línea de base de conducta problema, genógrama, historia evolutiva, historia escolar, problemas médicos, tratamientos psicológicos anteriores, historial de ideas o intentos suicidas de PI y familia, evaluación del estado mental: primera aplicación, segunda aplicación: (Beck, suicidio y Hamilton para evaluar la depresión y ansiedad respectivamente), fortalezas y debilidades, análisis de la demanda, objetivos terapéuticos, funcionalidad sistémica del síntoma, hipótesis. Y en la Agenda de Intervención





Terapéutica que contiene: registro de los consultantes presentes, proceso, elaboración y comprobación de la hipótesis, técnicas utilizadas, actividades (paciente), actividades próxima sesión, auto evaluación. Mi ser terapeuta cómo influye en este caso, fecha próxima sesión.

La psicóloga se encargó de realizar la intervención terapéutica y de extraer conclusiones de acuerdo a los componentes de los dos formatos. Se solicitó la participación de la psiquiatra del Centro en la co-valoración mental y prescripción de antidepresivos.

El análisis de la demanda se obtuvo de la sistematización de los datos contenidos en el primer formato lo que permitió explicar la funcionalidad del intento suicida; y en relación a los síntomas se establecieron los objetivos terapéuticos. Para disminuir la sintomatología se emplearon las siguientes herramientas: desculpabilización, normalización, bautizar el problema, redefinición del problema, connotaciones positivas, metáfora, escultura, desconstrucción, reconstrucción, relatos. En base a los datos obtenidos en las sesiones de terapia se formularon las hipótesis para ser aceptadas o rechacen de acuerdo a la narrativa del intento de suicidio construida por los PI.



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES  
MAESTRIA EN INTERVENCION PSICOSOCIAL FAMILIAR  
“PROPUESTA DE INTERVENCION TERAPEUTICA CON ENFOQUE SISTEMICO PARA CASOS DE INTENTO DE  
SUICIDIO”

Al finalizar la intervención terapéutica al PI, la psicóloga aplicó el test de Beck consignado este dato en el espacio referente a segunda aplicación en la agenda de entrevista.



## 5. RESULTADOS

**Tabla 1 Historial de intento suicida en PI en relación al motivo de consulta y tratamiento psicológicos anteriores.**

<b>Historial de intento suicida En PI y su familia</b>		<b>Motivo de consulta</b>	<b>Tratamiento psicológico anterior</b>
<b>Caso Uno</b>	La ideación suicida se presenta hace seis meses el primer intento de suicidio días antes de iniciar la intervención	Madre acude a consulta con su hijo por presentar intento de suicidio	No.
<b>Caso Dos</b>	Presenta ideación suicida hace cuatro meses el primer intento de	Madre acude a consulta con su hijo por presentar	No.



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES  
MAESTRIA EN INTERVENCION PSICOSOCIAL FAMILIAR  
“PROPUESTA DE INTERVENCION TERAPEUTICA CON ENFOQUE SISTEMICO PARA CASOS DE INTENTO DE SUICIDIO”

	suicidio una semana antes de iniciar la intervención.	intento de suicidio	
<b>Caso Tres</b>	Presenta ideación suicida desde el 2007 En el 2009 intentó suicidarse unos días antes del inicio del proceso.	Madre acude a consulta con su hijo por presentar intento de suicidio	En el 2006 recibió tratamiento por un mes por desmotivación escolar.

Se observó que el intento de suicidio obedece a problemas familiares, psico-sociales y mentales presentes en los PI. Se evidenció negligencia familiar en relación a iniciar una intervención terapéutica cuando los primeros síntomas se manifestaron hace varios años en el caso tres y varios meses en el caso uno y dos. Sin duda la baja situación económica familiar ha influido a que acudan a recibir atención psicológica oportuna.



**Tabla 2. Distribución de acuerdo a la edad, sexo, y causas del intento suicida.**

	<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Causa del intento suicidio</b>	<b>Forma de intento suicida</b>
<b>Caso Uno</b>	15 años	Masculino	Relación conflictiva con el padre	lanzarse por el balcón
<b>Caso Dos</b>	13 años	Femenino	Carencia afectiva parental	Cortarse el brazo con el cuchillo
<b>Caso tres</b>	17 años	Masculino	Finalizó relación afectiva con la enamorada.	Manejar a alta velocidad el vehículo

Se evidenció la relación entre el concepto de intento de suicidio a nivel macro social y micro social. El límite de edad establecido es el comprendido entre 10 a 19 años de



edad. La paciente de menor edad sometida a la intervención terapéutica fue la adolescente de 13 años de edad, y el de mayor edad corresponde al sexo masculino de 17 años. De los tres pacientes a quienes se les aplicó la intervención terapéutica, dos son varones y una es mujer. Los y la PI estudian en diferentes cursos educación básica, de acuerdo a la procedencia: caso uno y dos pertenecen al Cantón El Pan y caso tres al sector urbano de la ciudad de Cuenca.

Cabe recalcar que las familias observaron cambios notorios en la conducta del paciente hace algunos meses y lo minimizaron. Las familias que describen haber transitado por esta experiencia, manifiestan un incremento de la tensión en la relación familiar, es notorio que predominan emociones como la tristeza y el temor ante una posible pérdida del ser querido o por una posible repetición del hecho; y un gran alivio al poder afrontar el proceso.



**Tabla 3. Línea de base de problemas asociados al intento de suicidio en relación a los objetivos terapéuticos en los casos estudiados.**

<b>Línea de Base de Problemas</b>		<b>Objetivos Terapéuticos</b>
<b>Caso Uno</b>	Ideación suicida Intento suicida Ansiedad Problemas de lenguaje Bajo rendimiento escolar Baja autoestima	- Aplicar las herramientas desde los enfoques: sistémico y narrativos para disminuir el riesgo de suicidio.
<b>Caso Dos</b>	Ideación suicida Intento suicida Ansiedad Carencia afectiva Bajo rendimiento escolar Baja autoestima	Aplicar las herramientas desde los enfoques: sistémico y narrativos para disminuir el riesgo de suicidio.
<b>Caso tres</b>	Ideación suicida intento suicida	Aplicar las herramientas desde los



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES  
MAESTRIA EN INTERVENCION PSICOSOCIAL FAMILIAR

“PROPUESTA DE INTERVENCION TERAPEUTICA CON ENFOQUE SISTEMICO PARA CASOS DE INTENTO DE SUICIDIO”

	Depresión Bajo rendimiento escolar	enfoques: sistémico y narrativos para disminuir el riesgo de suicidio.  - Establecer ínter consulta con psiquiatra.
--	---------------------------------------	---

Se constató que el intento de suicidio en los adolescentes estudiados se asocia con enfermedades mentales y problemas psico-sociales. Siendo pertinente abordar al paciente desde estos enfoques de manera planificada con anterioridad al proceso de intervención terapéutica.





**Tabla 4. Distribución del paciente según las características familiares**

<b>Tipo de familiar</b>		<b>Trastorno psicopatológico</b>	<b>Intento suicida familiar</b>
<b>Caso Uno</b>	Familia con hijos adolescentes	Abuelo paterno y padre alcohólico Maltrato intrafamiliar Relación sexual disfuncional de padres	No presenta
<b>Caso Dos</b>	Familia monoparental Padres divorciados	Madre con depresión	No presenta
<b>Caso tres</b>	Familia monoparental Padres divorciados	Maltrato intrafamiliar	No presenta



--	--	--	--

Se observó en el caso uno que el adolescente proviene de una familia con hijos adolescentes, presentan antecedente psicopatológico generacional como es el alcoholismo por parte de abuelo paterno y padre, este hecho está relacionado al maltrato intrafamiliar en sus respectivas familias de origen de los padres del PI. Los padres enfrentan como se observó varios problemas a ser trabajados en otro proceso terapéutico que les permita resolver el problema de la relación sexual disfuncional vinculada a la violación en la niñez de la madre del PI. En el caso dos, se evidenció que el proceso de divorcio no ha sido superado por los padres de la adolescente pues. En el caso tres, se observó el PI procede de una familia con interacción conflictiva, maltrato familiar.

Lo que significa que el pertenecer a familias de padres divorciados no constituye una desventaja frente a familias que cuentan con la presencia de todos sus miembros de familia pues, es determinante para que se presente el comportamiento suicida la presencia en los PI de un trastorno mental importante, que provoque un conflicto relacional en el sistema familiar.



**Tabla 5. Distribución según las herramientas aplicadas: Agenda de vida, en relación con curación del intento suicida y relatos.**

<b>Agenda de Vida</b>		<b>Curación del intento de suicidio</b>	<b>Relatos</b>
<b>Caso Uno</b>	(Misión, objetivos, actividades, practicar deporte). Autoestima  Mejóro la relación con su padre. Valora la vida	Se trabajó desde la niñez en relación a la ansiedad que sintió cuando su padre llegaba borracho y maltrató a la familia.	El PI reconstruyó las experiencias vividas otorgándole un significado diferente.
<b>Caso</b>	Se relacionó de mejor	Se trabajó el divorcio de los	El PI reconstruyó las



<b>Dos</b>	manera con su padre. Valora la vida. Autoestima	padres en relación a la pérdida afectiva.	experiencias vividas otorgándole un significado diferente
<b>Caso tres</b>	Mejoró la interacción con el sexo femenino Valora la vida. Autoestima.	Se trabajó en el abuso sexual recibido en la niñez en relación a la depresión actual. El divorcio de los padres y su legado de culpabilidad.	El PI reconstruyó las experiencias vividas otorgándole un significado diferente

Se observó que estas herramientas resultaron adecuadas para disminuir en los/la adolescente (s) el riesgo de atentar contra su vida, intervenidos desde el enfoque sistémico y narrativo. La misión, objetivos, actividades de la agenda de vida contribuyeron a resolver los problemas analizados de los PI. La curación del intento suicida permitió legitimar el dolor y desamparo que



experimentan los PI y desde ahí se pudo intervenir para acoger, normalizar, valorar el gran esfuerzo al decirle, si a la vida con optimismo, resignificando la experiencia narrativa a través del relato. La agenda de Vida contiene actividades para fomentar habilidades sociales, de acuerdo a sus posibilidades destacando sus éxitos y sacar experiencias positivas de los fracasos, con el propósito de desarrollar la capacidad de autocontrol sobre su propio destino.

Las pérdidas a nivel psicológico, emocional, de control y del sentido de la vida con relación al padre; a niveles relacional, y de la realidad, de la capacidad para comunicarse, de la fe, son pérdidas que son fáciles de elaborar, pero otras son más complicadas, sobre todo las que comprometen la desvalorización de la vida, donde se degenera a un tormentoso proceso de ansiedad y depresión.

Los PI van realizando su agenda de vida y esto les permite trabajar en la diferenciación de su género y rol dentro de la estructura familiar teniendo en cuenta las particularidades de su ciclo vital; ser adolescentes que estudian e interactúan con seguridad viendo el aquí y el ahora con optimismo. Desarrollar una buena adaptabilidad,



responsabilidad, persistencia, perseverancia, razonable calidad de ánimo y de los niveles de actividad, aprendiendo a renunciar cuando sea necesario. Tener buena autoestima, auto imagen, confianza en sí mismo y suficiencia. Saber buscar ayuda en momentos de dificultades, acercándose a los padres, otros familiares, un buen amigo, los maestros, el médico, el sacerdote, a redes de apoyo etc.

Entre los factores de protección contra el suicidio cabe citar una alta autoestima y unas relaciones sociales ricas, sobre todo con los familiares y amigos, el apoyo social, una relación estable de pareja. La pronta identificación y el tratamiento adecuado de los trastornos mentales son una importante estrategia preventiva.



**Tabla 6. Ventajas y desventajas de la intervención terapéutica en los casos estudiados según tipo de terapia, herramientas utilizadas.**

<b>Caso uno</b>	<b>Intervención terapéutica</b>	<b>Herramientas Utilizadas</b>
<b>Ventajas</b>	La terapia familiar facilitó el apoyo y comprensión hacia el PI.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El bautizar el problema sirvió para que el paciente se vea como parte de la solución y no del problema.</li> <li>- La escultura y metáforas lograron que PI exprese con facilidad sus sentimientos.</li> <li>- Agenda de vida: (misión, visión, objetivos, actividades)</li> </ul>
<b>Desventajas</b>	El problema de lenguaje de PI	
<b>Caso Dos</b>	<b>Intervención terapéutica</b>	<b>Herramientas Utilizadas</b>
<b>Ventajas</b>		- El relato constituyó una



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES  
MAESTRIA EN INTERVENCION PSICOSOCIAL FAMILIAR

“PROPUESTA DE INTERVENCION TERAPEUTICA CON ENFOQUE SISTEMICO PARA CASOS DE INTENTO DE SUICIDIO”

	La terapia para madre y PI: permitió re-estructurar la narrativa relacional familiar	ayuda terapéutica que posibilitó resignificar las experiencias vividas. - Agenda de vida: (misión, visión, objetivos, actividades. - Curación de ciclos de vida.
<b>Desventajas</b>	Madre ansiosa Padres divorciados	
<b>Caso Tres</b>	<b>Tipo de terapia</b>	<b>Herramientas Utilizadas</b>
<b>Ventajas</b>	La terapia para madre y PI, posibilitó mejorar la relación con el sexo femenino.	- Agenda de vida: (misión, visión, objetivos, actividades) - Curación de ciclos de vida.
<b>Desventajas</b>	Padres divorciados	

En los tres casos las diferentes modalidades de terapia contribuyeron conjuntamente con las herramientas





indicadas en la disminución del riesgo de atentar contra la vida. La herramienta agenda de vida fue de gran ayuda para ubicar a los/la adolescente (s) en su ciclo de vida, que les toca vivir.

La terapia abrió un espacio de acogida y desahogo emocional, que permitió a los/la PI expresar sentimientos encontrados: sus miedos, culpas, frustraciones, ira, agresividad. La calidad de la relación familiar previa a la aparición del comportamiento suicida, son determinantes en la capacidad de manejo de la crisis que esta provoca. Por ejemplo, en el caso uno y dos la crisis les unión más, pudiendo afianzar los lazos de solidaridad y afecto, el otro caso se puede observar manifestaciones de aproximación y alejamiento.



**Tabla 7. Análisis de acuerdo al número de sesiones según tipo de terapia, frecuencias de las sesiones por semana, duración del tratamiento desde la percepción del paciente.**

	<b>Número de sesiones según tipo de terapia</b>	<b>Frecuencia de sesiones por semana</b>	<b>Duración del tratamiento</b>
<b>Caso Uno</b>	Terapia individual	Cinco	Un mes, dos semanas
<b>Caso Dos</b>	Terapia de refuerzo	No es necesaria	Un mes, dos semanas
<b>Caso tres</b>	Terapia individual	Cinco	Un mes, dos semanas

Los pacientes estuvieron de acuerdo en quitar una sesión al esquema de intervención que pudiera obedecer al deseo de controlar de forma apresurada el intento suicida, situación que puede obedecer a la impaciencia propia de la fase de la adolescencia.



**Tabla 8. Análisis de acuerdo al número de sesiones según tipo de terapia, frecuencias de las sesiones por semana, duración del tratamiento desde la percepción del terapeuta.**

	<b>Número de sesiones por tipo de terapia</b>	<b>Frecuencia de sesiones por semana</b>	<b>Duración del tratamiento</b>
<b>Caso Uno</b>	Terapia para padres y PI	Dos	Dos meses
<b>Caso Dos</b>	Terapia para hermana y PI	Dos	Dos meses
<b>Caso tres</b>	Terapia para madre y PI	Dos	Dos meses

La percepción entre el paciente y terapeuta varían de acuerdo a los intereses de cada grupo, sin embargo es necesario mantener sesiones de seguimiento tendientes a mantener los cambios conseguidos.



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES  
MAESTRIA EN INTERVENCION PSICOSOCIAL FAMILIAR  
“PROPUESTA DE INTERVENCION TERAPEUTICA CON ENFOQUE SISTEMICO PARA CASOS DE INTENTO DE  
SUICIDIO”

El proceso terapéutico va a depender mucho de la demanda, pudiendo darse diferentes niveles de intervención: una preventiva ante la ideación suicida, hasta un profundo proceso que va abordar en los aspectos de la personalidad, la relación familiar y social.



**Tabla 9. Distribución del esquema de intervención terapéutica en relación al porcentaje de disminución del intento suicida.**

Esquema de intervención terapéutica		Porcentaje de disminución del intento suicida
<b>Caso Uno</b>	1 semana	95%
	2 semana	90%
	3 semana	80%
	4 semana	65%
	5 semana	35%
	6 semana	25%
	7 semana	0%
<b>Caso Dos</b>	1 semana	98%
	2 semana	90%
	3 semana	80%
	4 semana	65%
	5 semana	35%
	6 semana	25%



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES  
MAESTRIA EN INTERVENCION PSICOSOCIAL FAMILIAR  
“PROPUESTA DE INTERVENCION TERAPEUTICA CON ENFOQUE SISTEMICO PARA CASOS DE INTENTO DE SUICIDIO”

	7 semana	0%
<b>Caso tres</b>	1 semana 2 semana 3 semana 4 semana 5 semana 6 semana 7 semana	100% 90% 80% 65% 35% 25% 0%

El intento suicida ha ido disminuyendo desde la primera hasta la séptima semana del proceso. A continuación se detallan los cambios observados:

Caso uno, mejoró la relación con su padre, la ansiedad fue controlada, el rendimiento escolar es aceptable, se siente seguro de hablar ante sus compañeros de estudio, asiste de manera regular a terapia de lenguaje, construyó su agenda de vida, práctica básquet



tres veces por semana, y disminuyó al mínimo el riesgo de atentar contra su vida.

Caso dos, mejoró la comunicación con su padre, la ansiedad ha ido disminuyendo, presenta rendimiento escolar aceptable, se siente más tranquila, construyó su agenda de vida y asiste al curso de teatro, y disminuyó al mínimo el riesgo de atentar contra su vida.

Caso tres, se relaciona de mejor manera con el sexo femenino, acude regularmente a ínter consulta con la psiquiatra, presenta rendimiento escolar aceptable, se siente, piensa y actúa con seguridad, construyó su agenda de vida y asiste a un curso al taller de lideres juveniles en su barrio, y disminuyó al mínimo el riesgo de atentar contra su vida.



**Tabla 10. Aplicación de los test de Beck y Hamilton, al inicio y al final tratamiento en los casos estudiados.**

<b>Primera Aplicación</b>		<b>Segunda Aplicación</b>
<b>Test</b>	<b>Beck / Hamilton</b>	<b>Beck</b>
<b>Caso Uno</b>	Alto riesgo de intento de suicidio Ansiedad	Riesgo mínimo de intento de suicidio.
<b>Caso Dos</b>	Alto riesgo de intento de suicidio Ansiedad	Riesgo mínimo de intento de suicidio.
<b>Caso tres</b>	Alto riesgo de intento de suicidio. Depresión moderada	Riesgo mínimo de intento de suicidio.

Se constató, con respecto a psicometría, que los test: Hamilton (Depresión- Ansiedad) y Beck; valoraron en los tres casos alto riesgo de cometer suicidio precedidos por estados de ansiedad y depresión al momento de iniciar el proceso de intervención terapéutica, mientras después de finalizado el proceso, los/la PI presentan un riesgo mínimo





de cometer suicidio. Lo que significa que el esquema de intervención terapéutica fue efectivo para el control del comportamiento suicida.

**En cuanto a la participación:** el paciente de quince años y su familia respondieron de forma adecuada asistieron a todas las sesiones sin interrupción y esta fue aceptable.

**Secuencia de sesiones según tipo de terapia:** El orden de secuencia se trabajó primero en terapia familiar para conseguir, el compromiso de ayuda y apoyo de familiar, ya que el intento de suicidio del PI afecta al sistema. La terapia de padres organiza el sistema familiar y permite coadyuvar al desarrollo personal del PI, así en la sesión posterior mejorar la comunicación entre padres e hijo (PI), y la terapia entre hermanos y paciente identificado mejorará la relación de la fratría. En la última sesión individual se realiza una evaluación parcial para constatar los avances del proceso en el PI. Finalmente en la sesión A2 de terapia familiar se realiza una evaluación general desde la percepción de cada participante en el proceso, y el refuerzo permite afianzar los logros obtenidos en el PI.

**Frecuencia de sesiones de terapia:** Al principio las sesiones de terapia fueron de tres veces por semana por



considerar la vulnerabilidad del PI necesitado de apoyo emocional, luego se trabajó con una intensidad de dos sesiones por semana, y finalmente con una sesión por semana, para ir de forma condicionada desligando al PI de la dependencia emocional que el proceso genera, y a la vez contribuir con la autonomía y independencia del PI en relación a la terapia. La duración de la intervención terapéutica es de un mes y tres semanas, considerada dentro de la modalidad de terapia breve. (Anexo N= 4).



## 6. DISCUSIÓN

Se aplicó el esquema: propuesta de intervención terapéutica para extraer conclusiones en adolescentes con intento de suicidio.

Los problemas presentados en el caso uno son: intento de suicidio, ansiedad, baja autoestima, bajo rendimiento escolar y relación conflictiva con el padre, problemas de lenguaje, en el caso dos: intento de suicidio, ansiedad, baja autoestima, bajo rendimiento escolar, y carencia afectiva en relación al padre, en el caso tres: intento de suicidio, depresión, bajo rendimiento escolar, duelo por separación afectiva en relación a la enamorada. Los cambios evidenciados con la intervención terapéutica en el caso uno son: mejora la relación con su padre, la ansiedad fue controlada, el rendimiento escolar es aceptable, se siente seguro de hablar ante sus compañeros de estudio, asiste de manera regular a terapia de lenguaje, construyó su agenda de vida y practica básquet tres veces por semana, y disminuyó al mínimo el riesgo de atentar contra su vida. En el caso dos: mejoró la comunicación con su padre, la ansiedad ha ido disminuyendo, presenta rendimiento escolar aceptable, se siente más tranquila, construyó su agenda de vida y asiste



al curso de teatro, y disminuyó al mínimo el riesgo de atentar contra su vida. En el caso tres: el adolescente se relaciona de mejor manera con el sexo femenino, acude regularmente a ínter consulta con la psiquiatra, presenta rendimiento escolar aceptable, se siente, piensa y actúa con seguridad, construyó su agenda de vida y asiste a un curso al taller de lideres juveniles en su barrio, y disminuyó al mínimo el riesgo de atentar contra su vida.

Como psicóloga clínica debo señalar que uno de los primeros resultados de este proceso es la dificultad para acceder a las personas que afrontan el comportamiento suicida, de los/as pacientes solicitadas para participar en la intervención terapéutica, la gran mayoría se excusaba o simplemente se negaba a hacerlo. En otros casos estaban en desacuerdo en participar los/as representantes legales de los PI. Sin embargo hubo tres casos que decidieron participar ya que mi ofrecimiento era llevar un proceso terapéutico gratuito. He podido acercarme a la vivencia de los /as PI; lo citado en este trabajo esta plasmado de mi espíritu, con gran esfuerzo y pasión.

Es necesario mencionar que una de las principales resultados de esta trabajo es: el comportamiento suicida no es un fenómeno aislado, sino es un hecho que se inserta



dentro del contexto que vive la persona como individuo, como pareja y como familia, que a su vez esta en relación con microsistemas sociales, con organizaciones, funcionamientos particulares, además siendo coherentes con la posición macro teórica posmodernista, constructivista y narrativa que fundamenta este trabajo pues, constituye la combinación de conceptos y teorías que vienen desde campos tan diferentes como la física y la lingüística a la salud mental. Incluso se trata de una nuevo paradigma tanto desde la técnica psiquiátrica como también en psicoterapia, pero básicamente se trata de una aplicación, de una nueva epistemología del comportamiento humano.(14)

Desde esta situación podría entenderse que es un hecho doloroso y para muchas personas hablar de ello resulta amenazador tanto para el PI, como para su familia. Muchos de los pacientes han pasado por tratamientos psicológicos anteriores, y no siempre con buenas experiencias, ya sea por sentirse invadidos o simplemente por que los tratamientos no han tenido éxito. Los pacientes que afrontan el comportamiento suicida deben ser evaluados por un equipo interdisciplinario: psiquiatra y psicólogo para llegar a un diagnóstico asertivo del caso; resultando el tratamiento costoso para ciertas familias de



bajos ingresos económicos. Se prioriza la salud física antes que la mental como si en el ser humano funcionara separadamente estas dos instancias. Todavía en el medio no existe la costumbre de ir al psicólogo.

Por otro lado desde mi postura de terapeuta y la del equipo médico de Centro y sobre todo por los comentarios de los PI intervenidos, es sumamente necesario encontrar un espacio y un momento para ordenar y resolver los procesos que viven a nivel psicológico, relacional y sobre todo de valoración y respeto por la vida.

Desde la perspectiva sistémica en los tres casos, estas familias viven el comportamiento suicida como un proceso, como una historia, donde se van atravesando algunas fases de iniciación y resolución. Estas historias están contextualizadas en escenarios distintos ya que los/a PI son a la vez sus propios directores, sin embargo los relatos contruidos mantiene un continuo proceso. El ciclo de vida de inicio y la edad en la que se manifiesta el comportamiento suicida en los/a PI, es un componente que va a determinar la vivencia del proceso suicida. Las tres historias coinciden su inicio en la niñez y se evidencia el comportamiento suicida en el ciclo de vida adolescente, por diversos factores pre-disponentes a nivel familiar, social y



escolar. Estos resultados coinciden con lo expuesto por Charles Fishman. (8). Lo que significa que para el P.I. esto es un proceso de coindividuación o individuación que evidencia la adquisición de identidad y diferenciación, así como la búsqueda de su autonomía personal. Las familias afrontan estas crisis respondiendo con morfostasis, es decir no cambian, mantienen una homeostasis y es aquí donde surge el síntoma, de modo tal que los miembros de la familia no pueden satisfacer las necesidades de su propio desarrollo. Constituyendo el intento suicida en una tentativa desesperada de producir un cambio y romper así la homeostasis familiar. La primera fase de este proceso, se inicia con la recepción de la negativa de los familiares a aceptar que el intento de suicidio del PI, aparecen temores y culpas, que responden a la estructura de su personalidad y a los legados familiares de cada PI. Las familias que describen haber transitado por esta experiencia, manifiestan un incremento de la tensión en la relación familiar, es notorio que predominan emociones como la tristeza y el temor ante una posible pérdida del ser querido o por una posible repetición del hecho; y un gran alivio al poder afrontar el proceso. Cabe recalcar que las familias observaron cambios notorios en la conducta del paciente hace algunos meses y lo minimizaron.



Entre las una de las causas se observó que el intento de suicidio se produjo por relación disfuncional con el padre, ejemplo en el caso uno el padre llegaba borracho a maltratar a toda la familia, esto es similar con los resultados de un estudio realizado por Gina Beltrán (2002), en el Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce de la ciudad de Guayaquil, quien plantea que se evidencia el fenómeno de la triangulación: alianza madre y P.I. contra el padre, con el objetivo de enfrentar la situación conflictiva. Esta información evidencia que en las familias en que aparece el triángulo hay conflictos conyugales, que el caso obedece a vida sexual disfuncional de los padres, vinculada a la situación de violación que se produjo en el ciclo de la niñez de la Ma. Así la funcionalidad del síntoma del intento suicida es desviar dicho conflicto conyugal, con el propósito de que los padres armonicen su discordia, y se unan para enfrentar el intento suicida del hijo (a).

En los otros casos este fenómeno no se presenta porque los padres están ausentes. Siendo más bien evidente un proceso diádico de sobreinvolucramiento entre la figura parental por lo general la madre y el P.I. La y él paciente (s) en los que el intento suicida responde a la carencia afectiva en relación al padre, y al terminar la relación afectiva con la enamorada (caso tres), lo que va en





menoscabo del proceso normal de adquisición de la identidad y diferenciación de los adolescentes. Tabla N= 2. Esto coincide con la tesis que señala a la migración como la principal causa de suicidio, ya que los adolescentes al estar sin el cuidado de padres, generan desadaptación, experimentan comportamientos de agresividad, desamparo y depresión que les lleva a pensar en el suicidio.(23). Sin embargo se constató que la carencia afectiva en el caso de la paciente de trece años de edad más bien se debe al poco interés o alejamiento emocional por parte del padre en continuar con el vínculo afectivo hacia su hija. Por ello es necesario atender este aspecto a través de programas de vinculación afectiva dirigida a de familias migrantes.

El estudio permite establecer relaciones: el intento de suicidio está asociado no solo a enfermedades mentales como la ansiedad y depresión sino, también problemas psicosociales como la carencia afectiva, separación afectiva, baja autoestima, relación conflicto con el padre, bajo rendimiento escolar, en los adolescentes estudiados. Esto coincide con el estudio ya citado de Gloria Sierra, (2007), quien afirma que el intento de suicidio no se puede distanciar de la cultura, es necesario conocer los contextos en los que nos movemos para entender lo que sucede a sus moradores. Se consideró que esto tiene que ver con



las tareas que las familias deben enfrentar tanto cuando hay un cambio transicional en un ciclo evolutivo, en este caso la adolescencia, como cuando hay otros estresores particulares, problemas generados al interior de la familia. Es de vital importancia resolver conflictos de lealtades de los hijos con respecto a sus progenitores y establecer jerarquías, asumir nuevos roles, necesidad de seguridad y afecto. Constituyendo la conducta sintomática, esto es el intento de suicidio, el “chivo expiatorio” para llamar a la armonía familiar. Esto tiene relación con la cultura del alcoholismo como antecedente psicopatológico generacional de parte de abuelo paterno y padre del PI, situación que desencadena el maltrato intrafamiliar. Es necesario trabajar en otro proceso, el conflictivo conyugal que les permita resolver el problema de la relación sexual disfuncional vinculada a la violación que se produjo en el ciclo de vida de la niñez de la madre del PI. En el caso dos, se evidenció que el proceso de divorcio no ha sido superado por las partes, pues la depresión de la madre de la adolescente esta relacionada con esta situación conflictiva, situación que ha influido en la calidad de relación comunicacional entre padre migrante e hija. En el caso tres, se observó el PI procede de una familia con interacción conflictiva, maltrato familiar. Esto exige adaptar el esquema de intervención terapéutica según el caso



pues, se añaden herramientas extras que permitieron la reestructuración de jerarquías, de roles y de límites que estaban siendo afectados. Reestructuración que se trabajó ubicando al PI en el subsistema al que se pertenece, en el ciclo vital del adolescente. Tabla N= 3

Cuando se plantea el cuestionamiento sobre la relación que existe entre el esquema: propuesta de intervención terapéutica y los cambios observados en los casos estudiados, se observó que existe una asociación entre aspectos, que viene dada por el tipo de terapia, la distribución adecuada en la frecuencia de sesiones que va disminuyendo al finalizar el proceso, en comparación con las herramientas de trabajo: agenda de vida, curación del intento suicida y la resignificación de la experiencia a través del relato. Tabla N= 5

Existe una clara diferencia entre la percepción del paciente y la percepción del terapeuta en relación a la efectividad de la intervención en los adolescentes de acuerdo al número de sesiones según tipo de terapia, frecuencias de las sesiones por semana, duración del tratamiento, así como, entre las ventajas de las herramientas utilizadas y las desventajas de las mismas. (Tablas N= 7- 8). Esto puede deberse al deseo de resolver



los problemas y tener mayor control en el riesgo de suicidio por parte de los adolescentes. Sin duda desde el análisis profesional se considera necesario e importante reforzar la intervención según el caso lo requiera. Sin embargo, cuando el paciente comienza a definir la posibilidad de llevar a cabo una agenda de vida de manera proactiva, mejoran significativamente los resultados alcanzados con la intervención terapéutica, evidenciando cambios notorios en los tres pacientes. A la luz de estos hallazgos, se considera que, a diferencia del paciente adulto, el adolescente no posee todavía el nivel de tolerancia y manejo adecuado de una situación conflictiva lo que repercute en la vivencia del significado del intento suicida. Por ello la recreación e inclinación a las actividades loables propias de la adolescencia evidencian el adecuado manejo que contribuyó a disminuir el intento suicida.

Los puntajes obtenidos en test de control muestran una disminución porcentual del riesgo de suicidio en relación a la aplicación por semanas del esquema de intervención terapéutica. Esto puede estar relacionado con la información adecuada que se dio sobre el intento suicida durante la primera entrevista, y con las medidas adoptadas en caso de situaciones particulares. Por ejemplo, cuando se han constatado conflictos del PI y/o familiares en



relación con el intento de suicidio, se ha establecido ínter consulta con la profesional pertinente. En caso de bajo rendimiento escolar se ha coordinado con la profesora para realizar recomendaciones psico educativas. En caso de depresión se ha trabajado con la psiquiatra del Centro para la prescripción de antidepresivos en el caso tres. (Tabla N= 9- 10).

Maganto, C (2001) se considera la ideación suicida a los procesos afectivos y cognitivos que varían desde sentimientos acerca de la falta de sentido de vivir, la elaboración de planes para quitarse la vida, hasta la existencia de preocupaciones sistemáticas y delirantes referidas a la autodestrucción. En la práctica se observa que estos procesos se generan cuando los pacientes fundamentan su vida solo en un aspecto relevante para ellos por ejemplo mi pareja, el trabajo, mis hijos, en menoscabo del resto de roles que desempeña como persona. Ninguno paciente planificó el intento suicida sino, más bien el intento suicida obedece a una reacción momentánea generada por el trastorno mental, conflictiva familiar, carencia afectiva, separación afectiva, en los casos intervenidos.



Así mismo dentro de la fase de intervención en crisis se cuestiona en el texto el hecho que al preguntar al paciente por la causa o el por qué se quiso suicidar esto le llevaría a argumentar mejor su deseo de muerte generando culpabilidad (8). Sin duda se evidenció en el proceso de intervención terapéutica que al hacer esa pregunta los pacientes se sintieron comprendidos y se abrió un espacio para la libre expresión de sentimientos que facilitó la resolución de la crisis de intento suicida. Siendo necesario que este proceso sea acompañado de una adecuada intervención que refuerce el compromiso de ayuda incondicional y empática por parte del terapeuta.

Martin Payne (2002), al referirse que el significado narrativo añade a la vida una noción de finalidad y convierte las actuaciones cotidianas en episodios discretos (9). Este enfoque narrativo nos permite bajar la carga emocional del intento suicida, sin embargo al trabajar con pacientes adolescentes es necesario evitar el reforzamiento negativo de repetir un nuevo intento suicida por lo gratificante de re- significar una experiencia dolorosa; siendo más efectivo de controlar este aspecto de gratificación ambigua a través de distintos enfoques terapéuticos.



Las tesis que han desarrollado intervenciones terapéuticas con fundamento cognitivo – conductual, para abordar el intento de suicidio obtuvieron resultados significativos en el control del riesgo de suicidio a largo tiempo. Mientras que el esquema de intervención terapéutica trabajado en un mes y tres semanas, evidenció al final del proceso un riesgo mínimo de cometer suicidio en los pacientes evaluados con el test de Beck. Sin duda cubrir las expectativas de los pacientes en cuanto ha recibir un servicio de calidad de forma integral que garantice cambios significativos en el soluciones rápidos a sus conflictos

En vista de que para mantener los cambios conseguidos es necesario incrementar la frecuencia de sesiones de intervención dirigidas a los miembros de las familias, se tratará de adoptar estrategias de apoyo como las siguientes:

- Reforzar la inter consulta psiquiátrica que se brinda en el Centro.
- Gestionar recursos económicos del gobierno local para que a través del Centro se facilite intervención terapéutica a bajo costo.

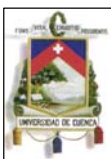


UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES  
MAESTRIA EN INTERVENCION PSICOSOCIAL FAMILIAR

“PROPUESTA DE INTERVENCION TERAPEUTICA CON ENFOQUE SISTEMICO PARA CASOS DE INTENTO DE SUICIDIO”

- Obtener un registro socio- económico que permita conocer las necesidades de los pacientes.
- Los pacientes y sus familias fueron informados de redes de apoyo o auto ayuda





## 7. CONCLUSIONES

Los resultados del estudio caso, permite las siguientes conclusiones:

1. El intento de suicidio no es un proceso aislado, sino que se inserta dentro del contexto que viven las personas como individuo, como pareja y como familia que se encuentra en un macro sistema social y cultural. Las soluciones deben entreverse no solo desde el sector de la salud, sino también desde diferentes actores involucrados.
2. La familia ecuatoriana enfrenta múltiples conflictos que están asociados con el momento socio-económico-político del país, entre los cuales, están a los trastornos mentales: ansiedad y depresión, conflictos familiares, migración, maltrato intrafamiliar, carencia afectiva, separación afectiva. A estos se adicionan actividades adicionales en lo que respecta a la función psicosocial que cumple la familia.
3. La organización social está avocada a afrontar dos hechos, para los cuales todavía no cuenta con recursos adecuados y eficientes: a) por muchos factores existe un incremento de la incidencia del comportamiento suicida, actualmente se estima que 10 % de la población mundial



presenta ideación e intento de suicidio. b) ante esta circunstancia, no existen profesionales en el área psicológica capacitados para intervenir en esta patología con efectividad.

4. Existen factores protectores del comportamiento suicida que inciden en la vivencia de la ideación e intento suicida y su tratamiento, como es el diagnóstico temprano, el pronóstico, la efectividad de la intervención terapéutica, el género del PI, la calidad relacional con la familia, pares y sociedad.

5. El comportamiento suicida es vivido como una pérdida en varios niveles: pérdida de la autoestima, de la interrelación familiar y social, de control de la vida, del sentido de la vida, en la relación de pareja, de la capacidad para comunicarse, del rendimiento escolar aceptable, de la fé; pérdidas que van a concluir en una identidad desvalorada.

6. Durante el proceso de tratamiento psicológico la pérdida se trabaja mediante la elaboración de la Agenda de Vida que contiene objetivos a corto, mediano y largo plazo, constituyendo la estrategia de intervención para potencializar las fortalezas y disminuir las debilidades,



con el propósito de contribuir a disminuir el riesgo suicida mejorando la calidad de vida del PI y su familia.

7. El comportamiento suicida se inscribe en un proceso de duelo ambiguo atravesando algunas fases donde la esperanza y la frustración se entremezclan. Estas fases son: fase de recepción, fase de intervención en crisis, fase de conciencia y crecimiento personal, fase de creación y potencialización.

8. La naturaleza del tratamiento para el intento de suicidio, en la mayoría de sus intervenciones se centra en el PI. Siendo importante trabajar con el sistema de padres para reestructurar los sistemas a través de reglas de control conductual que establezcan límites y jerarquías funcionales entre los miembros que conforman el sistema familiar.

9. La terapia sistémica desde su enfoque narrativo permite re-significar las experiencias vividas de comportamiento suicida, en virtud de un replanteamiento de metas y objetivos a nivel personal, familiar, social, académico y recreacional.

10. La terapia en si es un rito que legitima la valorización de la vida, lo cual muchas veces la sociedad y las personas no



encuentran como hacerlo. Dentro de este espacio terapéutico, existe la posibilidad de implementar rituales o relatos alternativos con el propósito de controlar el riesgo del intento de suicidio.

11. Aunque se puede encontrar en varios miembros de una familia ansiedad y depresión, lo que se ha interpretado como una predisposición genética a padecer determinada enfermedad mental en la que el intento de suicidio es un síntoma principal de este tipo de conducta autodestructiva.

12. La baja situación económica familiar de los pacientes ha influido a que acudan a recibir atención psicológica oportuna, constituyendo en un referente que se podría valorar como negligencia familiar.

13. La efectividad de la intervención terapéutica es muy significativa de acuerdo a los cambios observados en los pacientes, sin embargo habrá que proponer planes de seguimiento o controles adecuados de intervención según el caso, tendientes a mantener los objetivos alcanzados

14. La terapia familiar sistémica es una modalidad de tratamiento que debe ser considerada en el enfoque



interdisciplinario de atención a adolescentes con intentos de suicidio y sus familias.

15. Los cambios observados en los casos estudiados se explican por el tipo de terapia, la distribución adecuada en la frecuencia de sesiones que va disminuyendo al finalizar el proceso, en comparación con la curación del intento suicida y la resignificación de la experiencia a través del relato.

## **8. RECOMENDACIONES**

A partir de las conclusiones obtenidas, se expone las siguientes recomendaciones, que puede servir tanto a colegas psicólogos y orientadores familiares, como al equipo interdisciplinario y profesionales vinculados a los programas de salud mental y sobre todo a las familias que valientemente afrontan el comportamiento suicida de uno de sus miembros de familia.

1. La atención a los casos de comportamiento suicida debe ser desde un equipo interdisciplinario partiendo de un enfoque donde se entienda el contexto bio-psico- relacional de los PI que afrontan la ideación o intento de suicidio, donde el afectado es un actor de su propia terapia.



2. Debería ser política de salud pública la atención a personas con comportamiento suicida a través de procesos de capacitación a equipos de trabajo interdisciplinario con el propósito de proporcionar intervención terapéutica de calidad a estos pacientes.

3. Dentro de los programas de atención al comportamiento suicida se debe contar con la participación de un profesional psicólogo, con entrenamiento en la prevención y tratamiento en pacientes potencialmente suicidas que pueda encargarse del acompañamiento psico-emocional-relacional.

4. Se debería incluir dentro de programas de intervención terapéutica, un espacio informativo con el propósito de prevenir y controlar las consecuencias de la ideación e intento suicida. Los pacientes deben recibir información acerca de los avances o retrocesos en el proceso de tratamiento según estipula la constitución del Ecuador.

5. Se debería fomentar grupos de auto apoyo con enfoque de género, dando la oportunidad a los/as PI a encontrar un grupo del que no se sientan excluidos.



6. Seria importante incluir en este programa el componente de acompañamiento terapéutico que pueda abordar el trabajo de duelo e intervenir en los momentos críticos. En las intervenciones se debe prestar especial atención a la normalización, valorización, desculpabilización, responsabilización y a elaborar rituales vivenciales que puedan contribuir con la elaboración del duelo del comportamiento suicida.

7. Los proyectos de intervención, deben estar ligados a la investigación y vigilancia epidemiológica, es importante que al focalizar acciones preventivas, de promoción, de intervención, se involucren otras estrategias vinculadas al desarrollo humano, social- cultura, económico y laboral, para que estén articuladas con cada una de las causas que conlleva al comportamiento suicida.

8. Dada la tendencia del intento suicida se necesita posicionar los centros comunitarios y familiares de salud mental al menos uno por cada área de salud, y de ampliar el servicio diurno al nocturno con línea de atención telefónica para proporcionar un servicio de calidad a pacientes con comportamiento suicida.



9. Se necesita implementar una política de medicamentos para el comportamiento suicida con el apoyo de los consejos cantorales y provinciales de salud, así como la inclusión en los cuadros de medicamentos genéricos.

## **CITAS BIBLIOGRAFICAS**

(1) Ministerio de Salud Pública. Situación Epidemiológica de la Salud Mental, Sistema de Notificación EPI 2. Ecuador, 1999- 2006

(2-8) Beltrán, G, Adolescentes suicidas: un abordaje desde la terapia familiar sistémica. Universidad verdad, Rev de la Universidad del Azuay 2005; (35): 215-236.

(3) Ministerio de Salud Pública. Situación Epidemiológica de la Salud Mental, Sistema de Notificación EPI 2. Ecuador, 1999- 2006

(4) Ministerio de Salud Pública. Situación Epidemiológica de la Salud Mental, Sistema de Notificación EPI 2. Ecuador, 1999- 2006

(5) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/suicidio.htm>, acceso 15/4/09

(6) OQUENDO et. al. Sex Differences in Clinical Predictors of Suicidal Acts After Major Depression. A Prospective Study, American Journal of Psychiatry 2007, 164 (1) 134.





(7) MAGANTO, C., Amador, J., González, R., Evaluación Psicológica en la Infancia y Adolescencia: Casos Prácticos. Ed. SA. Madrid- España 2001,p 410.

(9)HALEY, J; Trastornos de la Emancipación Juvenil y Terapia Familiar, 3Ed. Amorrortu S.A. Buenos Aries 2003, pp58-77

(10) BOWEN, M; De la familia al individuo, Ed. Paidós Barcelna-España,1991, p 53

(11) KAPLAN, H., et. al. Sinopsis de Psiquiatría, 8a. ed, Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires-Argentina 2001, p 985

(12- 13- 22) SIERRA, G., Vivencia personal, familiar y terapéutica en caso de suicidio, Ed. Ilustrador. Bogota-Colombia 2007, p 45.

(14-17) ORTIZ, D; Terapia Familiar Sistémica, U Politécnica Salesiana 1Ed. Abya –Yala Quito- Ecuador 2008,pág 43

(15) STIERLIN, H, WEBER, G; Que hay detrás de la puerta de la familia, Ed. Gedisa S.A. Barcelona - España, 1997, p 64

(16) PAYNE, Martín. “Terapia Narrativa”, Ed. Paidós, Barcelona. 2002, Pág. 47



(18) WHITE, M; EPSTON, D; Medios Narrativos para fines terapéuticos, Ed. Paidós S.A. Barcelona- España 1993, P 53

(19) ORTIZ, D; Terapia Familiar Sistémica, U. Politécnica Salesiana, 1Ed, Abya – Yala, Quito- Ecuador 2008, p 17

(20- 21) NAVARRO, J; Técnicas y programas en Terapia Familiar, Ed Paidos Iberica S.A. Barcelona- España 1992,pp 43-44

(23) Pesantez L. Migración y su Influencia en el Suicidio de Niños y Niñas, Adolescentes y Jóvenes en la ciudad de Cuenca (tesis de maestría). Cuenca: Universidad de Cuenca, 2005.



## BIBLIOGRAFÍA

- ANDOLFI, M; Dimensiones de la Terapia Familiar, Ed. Paidós S.A. Barcelona- España 1985,pp 194-256
- BENITEZ, M; Accidentología y Suicidio Real o Accidental, Ed. Fundación Fidal, V 5 N= 17, 2006 pp 16
- BOBES, J. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica, Ed. Ars Medica, Oviedo, 2004, pp 73-78
- DOLTO, F., La causa de los Adolescentes, Ed. Paidós S.A. Barcelona- España,2004,pp113-132
- FIGUEROA, D., Terapia Familiar Sistémica, 1a. ed, Ed. Abya Yala, Quito- Ecuador, 2001,pp 315-337
- FISHMAN, C; Tratamiento de Adolescentes con Problemas. Un enfoque de terapia familiar, Ed. Paidós S.A. Barcelona- España 2001, pp 197-244
- GOLDBERG, B; Tengo un Adolescente en Casa ¿Que Hago?, Ed. Lumen SRL, Buenos Aries - Argentina 2007, pp 215-222
- GOMEZ, C., Fundamentos de Psiquiatría Clínica: Niños, Adolescentes y Adultos, centro editorial Javeriano, Bogota, 2002, pp 428-432



- HALGIN, R., KRAUSS, S. La Psicología de la Anormalidad, 4a. ed, Ed. Grawhill, México 2004, pp 338-343
- LINARES, J., CAMPO, Carmen., Tras la Honorable Fachada, Ed. Paidòs, Barcelona- España, 2003, pp 33-98
- MOROCHO, I; MOROCHO, R; Intento de Suicidio, Revista Ateneo, Vol 13, Número 1, abril 2007, pp 67-70
- MARUSIC, A, KAN, M, FARMER, A, ¿Pueden explicar la pobreza y el nivel de alfabetización las distintas tasas de suicidio existentes en Europa? Eur. J. Psychiat. (Ed. esp.) v.16 n.2 Zaragoza abr.-jun. 2002
- MORA, E., Psicopedagogía Infanto Adolescente, Ed. Equipo cultural. Madrid-España 2006, pp 181-184
- MUNIST, M., Suárez, E., Krauskopf, D., Silbet, T., Adolescencia y Residencia 1 Ed. Paidós Buenos Aries 2007, pp 123- 136, 190- 198, [www.paidosargentina.com.ar](http://www.paidosargentina.com.ar)
- Organización Mundial de la Salud.: Prevención de los trastornos Mentales. “Intervenciones efectivas y opciones políticas”, Ginebra, 2004.
- OBLITAS, L; Psicoterapias Contemporáneas, Ed. Cengage Learning S.A, México 2008, p 397, <http://latinoamerica.cengage.com>



- PAPALIA, D., Wendkos S., Feldman, R., Psicología del Desarrollo de la Infancia a la Adolescencia, 9 Ed. Mcgraw-Hill. Interamericano S.A México 2007,pp 451-453. <http://www.mhhe.com/saciales/papliaps9e>
- RIVERA, H; Parentificación y su impacto en hijos adolescentes de padres migrantes, Ed U del Azuay, Cuenca 2005 pp 28-58, 107-113
- SÀNCHEZ, J., Orfandades Infantiles y Adolescentes, 1ed. Ed, Abya Yala, Quito – Ecuador, 2004,pp (14): 105-117; (8): 321-328
- TORO, L., et. al. Manual de Psiquiatría, 4a. ed, Ed. Corporación para investigaciones biológicas, Medellín-Colombia, 2004. pp. 445-453
- TAPIA, E; Taller: Avances en la práctica del proceso psicoterapéutico de la familia, Centro Integral de la Familia, Quito – Ecuador 2003, pp 5-49
- VALLET, M; Cómo Educar a Nuestros Adolescentes, 1 Ed. Wolters Klumer, Madrid España 2006, pp 60-87
- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/suicidio.htm>.
- <http://www.psicologia.online.com>
- [www.monografias.com/trabajos107suicidio7suad.sntm](http://www.monografias.com/trabajos107suicidio7suad.sntm)
- [www.infomed.es/constructivism/documsweb/tfc.html](http://www.infomed.es/constructivism/documsweb/tfc.html),  
Un Enfoque constructivista de la Terapia Familiar: Narrativas y relaciones.



## **ANEXOS**

### **ANEXO N= 1 ANÁLISIS DE LA ENTREVISTA**

#### **ESTUDIO DE CASO UNO**

La entrevista se realizó con el propósito de investigar cómo se va desarrollando la dinámica relacional del PI a través del proceso de afrontamiento del comportamiento suicida. Los datos de esta investigación no pretenden realizar un análisis estadístico o establecer generalizaciones, más bien constituye un intento para intervenir de mejor manera el comportamiento suicida. Componentes que evidencian la calidad de la relación, la comunicación, la relación de construcciones de narraciones vivenciales frente al intento de suicidio del PI.

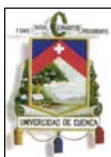
Se trata de un adolescente de 15 años de edad, de sexo masculino, estudiante del décimo de educación básica, es el primero de cuatro gestaciones de su madre, presenta ideación suicida desde hace seis meses, e intentó suicidarse unos días antes del inicio del proceso terapéutico, haciendo el ademán de lanzarse desde el balcón de la casa por atravesar problemas familiares. Concomitante a esta situación se suma el bajo rendimiento



escolar, problemas de lenguaje, baja autoestima lo que dificulta el acceder a relacionarse con pares femeninos y masculinos. Ante esta situación la madre buscó ayuda profesional.

El PI pertenece al tipo de familia: con hijos en la etapa de la adolescencia y niñez, está integrada por seis miembros, los padres están viviendo diferentes fases del ciclo vital en relación al desarrollo evolutivo de los cuatro hijos.

Dentro del sistema familiar se observan debilidades comunicativas en el subsistema conyugal, con relaciones pobres, discrepancias o ausencia de unidad de criterio educativo hacia los hijos. Las relaciones dentro del subsistema paterno-filial parecen poco definidas, con límites difusos, normas escasamente explicitadas o inexistentes y sin criterios claros de cumplimiento. La relación conflictiva parental ha excluido al padre del control conductual de los hijos/as.



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES  
MAESTRIA EN INTERVENCION PSICOSOCIAL FAMILIAR  
"PROPUESTA DE INTERVENCION TERAPEUTICA CON ENFOQUE SISTEMICO PARA CASOS DE INTENTO DE SUICIDIO"

**CENTRO DE INTEGRACION APOYO PSICOLOGICO Y SOCIAL-EMPRENDER**

**Clínica España: Gil Ramírez Dávalos 1-33 Cuarto piso**  
**Consultorio: 403 Telef. 809288**

## **MAESTRIA DE INTERVENCION PSICOSOCIAL**

### **FAMILIAR**

### **AGENDA DE ENTREVISTA**

#### **DATOS DE FILIACIÓN**

**Terapeuta:** Sonia Rodríguez

**Fecha:** 6/4/09

<b>Apellidos</b>	<b>Nombres</b>	<b>Edad</b>	<b>Ocupación</b>	<b>Relación</b>
Xxxxxx	Xxxxxx	15 años	Estudiante	PI
Xxxxxx	Xxxxxx	44 años	Conductor	Padre
Xxxxxx	Xxxxxx	38 años	Q. D.	Madre
Xxxxxx	Xxxxxx	11 años	Estudiante	Ho 2
Xxxxxx	Xxxxxx	8 años	Estudiante	Ho 3
Xxxxxx	Xxxxxx	3 años		Ha 4





<b>Dirección:</b>	XXXXXXX
<b>Remitido por:</b>	XXXXXXXXXX
<b>Telef. Casa:</b>	XXXXXXX
<b>Oficina:</b>	XXXXXXXXXX
<b>Telef.</b>	

### MOTIVO DE CONSULTA

La madre llama solicitando consulta porque su hijo intentó lanzarse desde el balcón de la casa, por una discusión familiar.

### OBJETIVOS DESEADOS DE CADA PARTICIPANTE

<b>Pa. Y Ma.</b>	"Se que necesita ayuda para superarlo, por eso estamos aquí".
<b>Ho 2</b>	"Espero poder ayudarle a que salga adelante".
<b>Ho 3</b>	"Yo se que mi hermano se va ha recuperar".



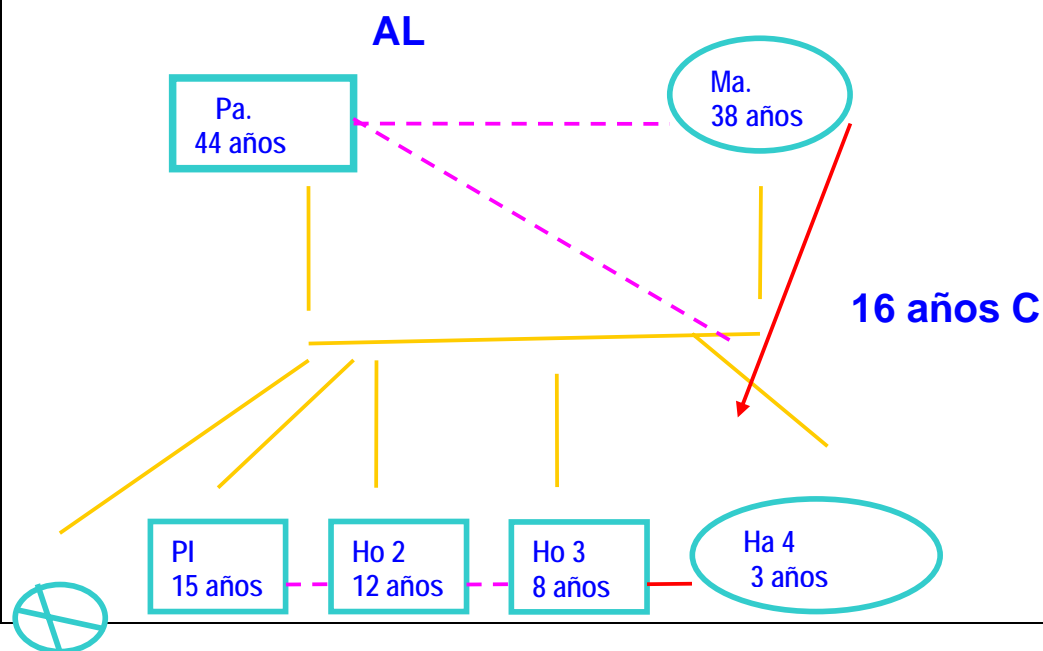
UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES  
MAESTRIA EN INTERVENCION PSICOSOCIAL FAMILIAR  
“PROPUESTA DE INTERVENCION TERAPEUTICA CON ENFOQUE SISTEMICO PARA CASOS DE INTENTO DE SUICIDIO”

<b>Ha 4</b>	“Yo también le quiero”
<b>PI</b>	“Superar la tristeza por los problemas familiares que me llevan a tener ideas suicidas”.
<b>LÍNEA DE BASE DE CONDUCTAS PROBLEMA</b>	
<b>Problema:</b>	<b>Frecuencia/Cuándo /Dónde/Cómo</b>
<b>Ideación Suicida</b>	Casi todos los días, en el momento que sus padres discuten.
<b>Intento suicida</b>	“Quise lanzarme por el balcón al ver a mis padres pelear”
<b>Ansiedad</b>	Los fines de semana cuando su



	padre llega borracho.
<b>Baja autoestima</b>	Se evidencia en situaciones que demanda mayor participación de PI en el hogar y escuela.
<b>Problemas de Lenguaje</b>	Se cronifica ante situaciones conflictivas de la casa y colegio, generan miedo a expresarse.
<b>Bajo Rendimiento Escolar</b>	No cumple con las actividades escolares, riesgo de pérdida de año.

### GENOGRAMA:





## AN

### HISTORIA EVOLUTIVA

**Núcleo familiar:** Familia con hijos adolescentes

**Antecedentes Patológicos Familiares.-** Refiere Abuelo paterno alcohólico

Es el primero de cuatro gestaciones de su madre. Respecto de los antecedentes prenatales, natales y neonatales, se describe como un parto normal.

### HISTORIA ESCOLAR

**Primaria:** PI se aprueba con bajo promedio.

**Secundaria:** Repite el primer curso y actualmente presenta bajo rendimiento escolar

### PROBLEMAS MÉDICOS

Refiere que asiste a terapia de lenguaje hace varios meses.

### TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS ANTERIORES:

No refiere.

### HISTORIAL DE IDEAS O INTENTOS DE SUICIDIO DEL PI Y FAMILIA:

PI refiere que la ideación suicida se presenta desde hace



seis meses e intento de suicidio días antes de iniciar la intervención terapéutica. No se ha presentado antecedentes del comportamiento suicida en la familia.

## EVALUACION DEL ESTADO MENTAL

**Beck:** Presenta un riesgo alto de cometer suicidio

**Hamilton:**

- No presenta depresión.
- Presenta ansiedad leve

	<b>FORTALEZAS:</b>	<b>DEBILIDADES:</b>
<b>Individuales:</b>	Es afectuoso con su familia	Ideación e intento suicida
<b>Familiares:</b>	Preocupación por parte de los padres y hermanos	No hay premios ni castigos para el PI Relación conflictiva entre padres



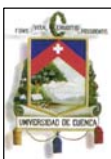
<b>Escolares:</b>		Baja rendimiento escolar
<b>Pares:</b>		Pares conflictivos generan ansiedad en PI
<b>Comunitarias:</b>		Condición socio económica baja

### **ANÁLISIS DE LA DEMANDA:**

Redefino la demanda diciendo que PI presenta ideación e intento suicida debido a todo el estrés que ha experimentado por la conflictiva familiar, que esa impotencia de no haber podido ayudar a solucionar los problemas, quedó atrapada en su cuerpo y ahora que ya paso el susto, su cuerpo manifiesta esa impotencia como un medio de prevención de protección y lealtad a su madre.

### **OBJETIVOS TERAPÉUTICOS:**

Trabajaré superando todas las situaciones estresantes del paciente identificado. Sin embargo, este proceso es



para la familia porque sus miembros se identifican solidariamente con ansiedad frente a los problemas familiares.

### **FUNCIONALIDAD SISTÉMICA DEL SÍNTOMA:**

El síntoma en primera instancia sirve como puerta de salida de toda la tensión acumulada durante la relación conflictiva de los padres, y las constantes crisis familiares experimentadas.

Relacionalmente, puede servir para responsabilizar a XXXX Pa. por su comportamiento alcohólico e infiel.

### **HIPÓTESIS:**

Ideación e intento suicida, generado por la relación conflictiva de sus padres.

Alto nivel de conflicto familiar (padre- madre; padre – PI)



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES  
MAESTRIA EN INTERVENCION PSICOSOCIAL FAMILIAR  
"PROPUESTA DE INTERVENCION TERAPEUTICA CON ENFOQUE SISTEMICO PARA CASOS DE INTENTO DE SUICIDIO"

**CENTRO DE INTEGRACION APOYO PSICOLOGICO Y SOCIAL-EMPRENDER**

**Clínica España: Gil Ramírez Dávalos 1-33 Cuarto piso**

**Consultorio: 403 Telef. 809288**

## **MAESTRIA DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL FAMILIAR**

### **AGENDA DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA**

**Fecha:** 6/4/09

**Sesión:** A1

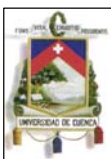
**Registro de Consultantes Presentes:** Pa, Ma, Pl, Ho 2,  
Ho 3 y Ha 4

**Terapeuta:** Sonia Rodríguez

#### **PROCESO:**

**Escucha Empática:** Durante la primera entrevista, en la que se completa y actualiza el genograma, la familia se muestra colaboradora y preocupada, aunque comunicativamente inhibida. La madre refiere que su hijo Pl presenta ideación e intento suicida, y lo relaciona como consecuencia de la relación conflictiva con su esposo: "para nosotros ha sido un golpe fuerte, queremos que cambie", comentan los padres y hermanos. Busco crear





un clima de distensión que favorezca la libre expresión colectiva. PI relata dificultades de comunicación con el padre, poco receptivo a sus problemas, cuando buscaba apoyo esquivaba la conversación con un simple: " tengo que trabajar".

**Bautizar el problema:** “ virus de ideas e intento suicidas ”

**Redefinición del Problema:** PI esta experimentando ideación e intento suicida ante la relación conflictiva de sus padres, lo cual tiene sentido, considerando la ansiedad, temor y miedo ante una separación de sus padres, sin embargo, al redefinirlo como un resultado lógico de la situación de ansiedad que experimentó durante la relación conflictiva, que esa impotencia de no haber podido ayudar a sus padres, quedó atrapada en su mente.

Con esta explicación **normalizo** la situación; y a la vez **valorizo**, su mente genera ideación e intento suicida como un medio de protección y lealtad familiar, lo cual resultó muy **desculpabilizante**, ya que disminuyó la ansiedad de PI frente a la ideación suicida.

**Escultura: (familia)** Pónganse en contacto con ese



sentimiento e imaginen que son una escultura, que pueda expresar ese sentimiento, se colocaron en posiciones diferentes. El PI posó como guerrero derrotado sin fuerza, sin ánimo para seguir protegiendo a su familia.

Pregunte que sentía?, dijo experimentar culpa de no tener las fuerzas para hacerle frente a los problemas familiares, de que piensen que es débil, “me siento indefenso”.

Pregunté quiénes piensan que eres débil?, “creo que mis padres”. Quién le podía ayudar a esa escultura a sentirse mejor?. “Mi familia”. Yo tomé su posición por unos minutos y el tomó la posición de quien ayuda. Puede sentir por unos segundos la desesperación de esa posición, fue una experiencia fuerte pero me sirvió para poder entenderle más aún.

Así intervine con los otros miembros de la familia; volvieron ellos a la posición original y tomé la de ellos y desde ahí **desculpabilice y valore el gran esfuerzo**. Los llevé al punto de lograr concienciar que estaban siendo muy débiles con ellos mismos, se están desvalorizando y que la responsabilidad de llevar un hogar es de todos no solo de PI, reforcé el compromiso de fortalecimiento.

**Elaboración y Comprobación de la Hipótesis:**



Se comprobó la hipótesis: la Ideación e intento suicida del PI es activada por acumulación de estrés y ansiedad, generado a través de la relación conflictiva de sus padres.

PI y su madre se han unido en una diada de lealtad madre e hijo como medio de protección para enfrentar el comportamiento alcohólico e infiel del padre y esposo.

### **Técnicas Utilizadas:**

- Escucha Empática
- I- Redefinición del Problema
- Normalización
- Valorización
- Desculpabilización
- Escultura
- Desbloqueo Emocional

### **Actividades (paciente):**

- Elaborar Reglas de Control Conductual (Conyugues e hijos)
- Relajación todos los días



### **Actividades próxima sesión:**

- Elaborar "Agenda de Vida"
- Enlistar acciones para enfrentar a la ideación suicida
- Mantener al paciente ayudando en el negocio familiar

### **Auto-evaluación: Mi ser terapeuta como influye en este caso:**

Fue una sesión muy intensa, siento que PI se sintió entendido.

**Fecha próxima sesión:** 7/4/09



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES  
MAESTRIA EN INTERVENCION PSICOSOCIAL FAMILIAR  
"PROPUESTA DE INTERVENCION TERAPEUTICA CON ENFOQUE SISTEMICO PARA CASOS DE INTENTO DE SUICIDIO"

**CENTRO DE INTEGRACION APOYO PSICOLOGICO Y SOCIAL-EMPRENDER**

**Clínica España: Gil Ramírez Dávalos 1-33 Cuarto piso**

**Consultorio: 403 Telef.: 809288**

## **MAESTRIA DE INTERVENCION PSICOSOCIAL**

### **FAMILIAR**

### **AGENDA DE INTERVENCION TERAPEUTICA**

**Fecha:** 7/4/09

**Sesión:** B1

**Registro de Consultantes presentes:** PI

**Terapeuta:** Sonia Rodríguez

#### **PROCESO:**

**Avances del Tratamiento:** Paciente identificado llega con expresión facial relajada. Se explora los sentimientos de la sesión previa y durante la semana.

**Evaluación del Estado Mental:** Beck, Hamilton (Depresión – Ansiedad).

#### **Pensamientos Explorados:**

**PI. Culpa:** de sentir ansiedad al enfrentar los problemas familiares y sentirse incapaz de resolverlos

**PI. Miedo:** de adquirir este comportamiento de ansiedad



llanto, ideas suicidas

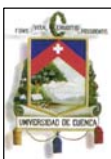
**PI. Dolor:** señalo el corazón, le pedí que se pusiera en contacto con su cuerpo y que perciba que le quiere decir ese dolor, “es como una piedrita que molesta mucho”.

Apliqué la técnica de verbalización de los conflictos cambiando el sentimiento de frustración y dotando al paciente de recursos para la resolución de futuros conflictos.

Invite a PI a elaborar la **Agenda de Vida**, contiene los 7 hábitos de personas altamente efectivas a ser implementados a corto, mediano y largo plazo. Y una lista de acciones para enfrentar la ideación suicida:

- 1. Ser Proactivo**
- 2. Define tu misión y objetivos en la vida**
- 3. Prioriza actividades para alcanzar objetivos**
- 4. Comunicación Asertiva**
- 5. Escucha abiertamente a los demás**
  
- 6. Trabajo en equipo**
- 7. Practicar deporte**

Esta actividad sirvió para enfocar o reencauzar al PI a un entorno sociocultural saludable, con su aceptación previa contribuyendo a disminuir el estrés, la ideación e intento suicida mejorando así la comunicación familiar.



**Elaboración y Comprobación de la Hipótesis:** Se comprobó la hipótesis: PI y su madre se han unido en una díada de lealtad como medio de protección para enfrentar el comportamiento alcohólico e infiel del padre y esposo. El relato dominante que ha construido PI, soy un hijo débil y sensible, porque el peso del hogar me volvió así.

**Técnicas utilizadas:**

- Agenda de Vida
- Pensamientos Explorados.

**Actividades (paciente):**

- Terminar con la elaboración de la Agenda de Vida
- Seguir enlistando acciones para enfrentar a la ideación suicida
- Mantener al paciente ayudando en el negocio familiar

**Actividades próxima sesión:**

- Explorar sentimientos de sesión previa y durante la semana.



- Explorar relaciones con la familia de origen
- Continuar con la exploración de sentimientos e ideas suicidas
- Metáforas

**Auto-evaluación: Mi ser terapeuta como influye en este caso**

Me siento mejor también más tranquila de haber contribuido en la realización de la agenda de vida y de encontrar herramientas que faciliten el proceso terapéutico.

**Fecha próxima sesión: 11/4/09**





UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES  
MAESTRIA EN INTERVENCION PSICOSOCIAL FAMILIAR  
"PROPUESTA DE INTERVENCION TERAPEUTICA CON ENFOQUE SISTEMICO PARA CASOS DE INTENTO DE SUICIDIO"

**CENTRO DE INTEGRACION APOYO PSICOLOGICO Y SOCIAL-EMPRESAR**

**Clínica España: Gil Ramírez Dávalos 1-33 cuarto piso**  
**Consultorio: 403 Telef. 809288**

**MAESTRIA DE INTERVENCION PSICOSOCIAL**  
**FAMILIAR**  
**AGENDA DE INTERVENCION TERAPEUTICA**

**Fecha:** 11/ 4/09

**Sesión:** C1

**Registro de Consultantes presentes:** Pa, Ma.

**Terapeuta:** Sonia Rodríguez

**PROCESO:**

**Avances del Tratamiento:** Se explora los sentimientos de la sesión previa y durante la semana. Dicen sentirse mejor, más tranquilos sin embargo siguen preocupados por Pl. Monitoreo de las Reglas de Control Conductual para los hijos.

**Metáfora:** Usted Ma. Se cansó de ser la esposa abnegada y decidió cambiarse de papel a heroína imitando la adicción al alcohol de su esposo como una



demonstración diciéndole yo también decido cuando bebo alcohol.

Le pregunto como va la vida sexual de la pareja? Pa. Manifiesta que tienen relaciones sexuales cada quince días. Que la infidelidad de su esposo ha provocado la disminución de la actividad sexual. Expreso mi preocupación por descartar base orgánica y sugiero que visiten a la ginecóloga. Y aplicó recomendaciones para activar la vida sexual de la pareja.

**Genógrama:** Analizar las relaciones con la familia de origen para comprender como había construido esa característica de su personalidad.

**Curación Ciclos de Vida:** Hace un recuento paso a paso de su crecimiento describiendo sus sentimientos. Comenta que a los cinco años de edad el empleado de su padre la violó, se quedó callada. A los quince años de edad un tío político la violó, se entero su madre la reprendió aduciendo que fue su culpa.

Estos hechos marcaron su vida, en especial cuando se casó en las relaciones sexuales con su esposo, estos



recuerdos se afluoraban generando miedo y resentimiento. El esposo procede de una familia de alcohólicos, pudo verbalizar el sufrimiento de madre y hermanos ante el comportamiento ético del padre. A la pareja le sirvió esta actividad para comprender el comportamiento del otro y apoyarse mutuamente. Partí de la base fundamental para entender la lógica del relato narrativo hasta llegar a la ansiedad de Ma. Será trabajada la próxima sesión.

**Elaboración y comprobación de la hipótesis:** Se comprobó la hipótesis: El relato dominante que ha construido PI, soy un hijo débil y sensible, por que el peso del hogar me volvió así.

Ma. Se agotó físicamente al imitar el comportamiento del esposo de beber alcohol como una forma de activar en él mayor participación y firmeza para enfrentar los problemas familiares.

**Técnicas utilizadas:**

- Reglas de Control Conductual
- Connotaciones positivas , curación Ciclos de Vida
- Elaborar el genógrama, relatos, metáfora.

**Actividades ( padres):**



- Aplicar las reglas de control conductual conyugal e hijos.
- Continuar exploración de sentimientos con la familia de origen
- Elaborar relatos narrativos

**Actividades próxima sesión:**

- Connotaciones positivas
- Escucha empática

**Auto-evaluación: Mi ser terapeuta como influye en este caso:** Me siento cómoda, y creo que se ha desarrollado una buena atmósfera de confianza, siendo que las herramientas metafóricas que he utilizado han servido para pasar la barrera de la ideación suicida de la familia.

**Fecha próxima sesión:** 13/4/09



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES  
MAESTRIA EN INTERVENCION PSICOSOCIAL FAMILIAR  
"PROPUESTA DE INTERVENCION TERAPEUTICA CON ENFOQUE SISTEMICO PARA CASOS DE INTENTO DE SUICIDIO"

**CENTRO DE INTEGRACION APOYO PSICOLOGICO Y SOCIAL-EMPRENDER**

**Clínica España: Gil Ramírez Dávalos 1-33 Cuarto piso**  
**Consultorio: 403 Telef.: 809288**

**MAESTRIA DE INTERVENCION PSICOSOCIAL**  
**FAMILIAR**  
**AGENDA DE INTERVENCION TERAPEUTICA**

**Fecha:** 13/4/09

**Sesión:** B2

**Registro de Consultantes presentes:** PI

**Terapeuta:** Sonia Rodríguez

**PROCESO:**

**Avances del Tratamiento:** Paciente identificado llega con expresión facial relajada.

Se explora los sentimientos de la sesión previa y durante la semana. Refiere haber realizado el ritual del intento de suicidio y de sentirse aliviado. Manifiesta que los ejercicios de respiración y bioenergéticos le tranquilizan y el ayudar en el negocio familia le hace sentir útil y responsable.

**Valoración Psiquiátrica:** Se analizaron los resultados de



los test en ínter consulta con la Dra. Psiquiatra del Centro “Emprender”, concluyendo que PI no presenta trastorno orgánico por lo tanto no se prescribe medicación.

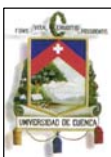
**Agenda de Vida:** Reforcé el concepto de que el suicidio es una solución definitiva a problemas que usualmente son temporales. Invité a explorar los obstáculos de manera realista y a establecer alternativas de solución.

Vamos definiendo con PI lo que significa ser una persona proactiva, y concienciamos en la necesidad de ejercer el poder que esta en PI de pensar, sentir y obrar de manera asertiva. A continuación expongo textualmente el trabajo realizado por PI:

**Misión:** “ Soy un adolescente que lucha por ver a su familia unida”

**Objetivos:** “ Llevarme bien con mi padre, valorar la vida, sacar mejores calificaciones en el colegio”

Actividades para alcanzar objetivos:“ Hacerle caso a mi padre, cumplir con las reglas de conducta, estudiar, hablar con mi familia de mis problemas. Hacer deporte, respetar a mis padres y a las personas, ir a grupos juveniles para



recibir apoyo”.

**Comunicación Asertiva:** Se realizaron varios ejercicios de estrategias comunicativas para mejorar la expresión de sentimientos en los sistemas de interacción familiar. Logrando establecer y reestructurar límites y roles entre los holones.

**Elaboración y Comprobación de la Hipótesis:** Se comprobó la hipótesis: Ma. Se agoto físicamente al imitar el comportamiento del esposo de beber alcohol como una forma de activar en él mayor participación y firmeza para enfrentar los problemas familiares.

El comportamiento suicida de PI mantiene la ansiedad familiar.

**Técnicas utilizadas:**

- Agenda de Vida
- Valoración Psiquiátrica
- Comunicación Asertiva

**Actividades (paciente):**

- Implementación de la Agenda de Vida
- Mantener al paciente ayudando en el negocio familiar



- Elaborar y priorizar una lista de problemas para resolver

**Actividades próxima sesión:**

- Explorar relaciones con la familia de origen
- Metáforas
- Curar ciclos de Vida Pareja

**Auto-evaluación: Mi ser terapeuta como influye en este caso:** Me siento mejor, también más tranquila de haber llegado a entender el contexto de la narrativa de ideas e intento suicida, y de encontrar herramientas que faciliten el proceso terapéutica

**Fecha próxima sesión:** 15/4/09





UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES  
MAESTRIA EN INTERVENCION PSICOSOCIAL FAMILIAR  
"PROPUESTA DE INTERVENCION TERAPEUTICA CON ENFOQUE SISTEMICO PARA CASOS DE INTENTO DE SUICIDIO"

**CENTRO DE INTEGRACION APOYO PSICOLOGICO Y SOCIAL-EMPRENDER**

**Clínica España: Gil Ramírez Dávalos 1-33 Cuarto piso**  
**Consultorio: 403 Telef. 809288**

**MAESTRIA DE INTERVENCION PSICOSOCIAL**  
**FAMILIAR**  
**AGENDA DE INTERVENCION TERAPEUTICA**

**Fecha:** 15/4/09

**Sesión:** D 1

**Registro de Consultantes presentes:** Pa, Ma, y PI

**Terapeuta:** Sonia Rodríguez

**PROCESO:**

**Avance del tratamiento:** Los padres manifiestan que el control de reglas está aplicándose.

**Exploración pensamientos familia de origen:** La madre de PI pensó que ella tenía que cargar sola con la responsabilidad del hogar, que el esposo no se había involucrado en la resolución de problemas familiares porque daba más importancia al sustento económico del hogar al igual que lo hacía su padre, restando significado a



los sentimientos de la esposa e hijos.

El padre de PI también ha sufrido situaciones estresantes en su familia de origen lo que permitió que sea su esposa que afronte con fortaleza los problemas familiares. Desplazo de forma periférica su nivel de involucrarse en los conflictos de la casa.

Este dato me completo la idea de cómo funciona la relación de pareja y como la posición de cada uno estaba reforzando la posición del otro.

Les invito a diseñar el **Rol de Padres**, la tarea de encontrar a padres alrededor y como ejercen su rol, describieron a algunas y las clasifíco como: padres maltratantes, padres negligentes que no cumplen con sus cuidados y responsabilidades con sus hijos y padres nutridores. Manifiestan el deseo de ser padres nutridores transmitiendo seguridad, control de emociones a sus hijos y enfrentando los problemas que se presenten con firmeza y decisión.

**FODA: Autoestima Parental** Los padres analizaron las fortalezas y debilidades en torno a la relación con PI y llegaron a la conclusión que estaban siendo muy rígidos en ciertas reglas y en otros aspectos condescendientes.

**Dramatización:** Al intercambiar papeles padres y PI se



colocaron en la posición entendiendo y asumiendo responsabilidades conjuntas para superar las dificultades en la comunicación.

**Visualización:** Los padres con los ojos cerrados, comienzan a visualizar los conflictos vividos con los hijos y se concentran en como ir resolviendo los problemas juntos.

**Elaboración y Comprobación de la Hipótesis:** Se comprobó la hipótesis: Ma se agoto físicamente y ahora tomo la posición de su esposo de beber alcohol como una forma de activar en él mayor participación y firmeza al enfrentar los problemas familiares.

PI ha elaborado un relato de su infancia de sentirse desvalorizado por sus padres por presentar problemas de lenguaje generando ideas suicidas y baja autoestima.

**Técnicas a utilizar:**

- Rol de Padres
- FODA: Autoestima
- Dramatización, visualización
- Exploración de pensamientos familia de origen



**Actividades (paciente / padres):**

- Continuar con las actividades de la sesión anterior
- Plantearse problemas en relación con su hijo PI y establecer alternativas de solución.

**Actividades próxima sesión:**

- Explorar sentimientos de sesión previa y durante la semana.
- Trabajo con los roles parentales
- Reforzar la relación con sus hijos

**Auto-evaluación: Mi ser terapeuta como influye en este caso:** Siento que mi trabajo esta siendo fructífero en cada uno de los miembros del sistema y del sistema como tal.

**Fecha próxima sesión:** 18/4/09



**CENTRO DE INTEGRACION APOYO PSICOLOGICO Y SOCIAL-EMPRENDER**

**Clínica España: Gil Ramírez Dávalos 1-33 cuarto piso  
consultorio: 403 Telef. 809288**

**MAESTRIA DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL  
FAMILIAR**

**AGENDA DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA**

**Fecha:** 18/4/09

**Sesión:** B 3

**Registro de Consultantes presentes:** PI

**Terapeuta:** Sonia Rodríguez

**PROCESO:**

**Avances del Tratamiento:** PI. Llega con un semblante tranquilo. Se explora los sentimientos de la sesión previa y durante la semana.

**Curamos los ciclos vitales:** PI va superando cada crisis presentada y el efecto de esta actividad se evaluara en el transcurso de las próximas sesiones. Aquí esta implícito el trabajo de curación del intento suicida.

**CIRCULARIDAD:**



T. ¿Qué significa para PI el haber curado cada ciclo vital?

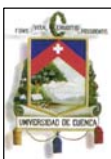
PI. “ Me siento bien”

T. “¿Qué sentías cuando les ves discutiendo a tus padres?

PI. Pensaba que mis padres se iban a divorciar para evitar eso intervenía, pero ahora se que no que ellos necesitan discutir”.

➤ **Minimización:** El adolescente evalúa de forma distorsionada sus potencialidades y habilidades, restándose sus méritos y cualidades positivas. Pensamiento: “Saqué buena calificación por suerte no me la merezco” Es este caso PI ante un éxito frente a un examen difícil, considera que cualquiera pudo haberlo hecho, incluso mejor que él.

➤ **Pensamiento polarizado:** PI “la vida no tiene sentido”, evalúa la realidad en blanco y negro, todo o nada, siempre o nunca, bueno o malo, perfecto o imperfecto, etc. sin cerciorarse que en la realidad ninguna situación es completamente mala o buena, sino que se nos muestra con diversos matices y una persona puede ser torpe en una tarea y muy eficiente en otras.



➤ **Personalización:** “Cuando veo enfado a mi padre se que esta molesto conmigo”

El adolescente considera cualquier situación o hecho, como referido a sí mismo, aunque no exista conexión alguna.

**Visualización Bola de Cristal de Shazer:** Describe una escena en la que PI esta asumiendo un rol activo de enfrentar con éxito los problemas personales y familiares.

**Elaboración y Comprobación de la Hipótesis:** Se comprueba la hipótesis de que PI elaborado un relato de su infancia de sentirse desvalorizado por sus padres por presentar problemas de lenguaje generando ideas suicidas y baja autoestima.

PI protege al holòn fraternal de los problemas familiares.

**Técnicas utilizadas:**

- Curación Ciclos de Vida
- Visualización de la Bola de Cristal de Shazer

**Actividades (paciente):**

- Seguir avanzando con la implementación “ Agenda de Vida”



- Técnicas de respiración

### **Actividades próxima sesión:**

- Explorar sentimientos de sesión previa y durante la semana.
- Trabajar Autoestima “FODA”
- Curación de los Ciclos de Vida.

**Auto-evaluación: Mi ser terapeuta como influye en este caso:** Me siento con confianza de seguir avanzando en el proceso y pronostico un cambio muy significativo en el PI

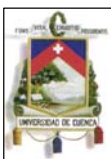
**Fecha próxima sesión:** 22/ 4/09

**CENTRO DE INTEGRACION APOYO PSICOLOGICO Y SOCIAL-EMPRENDER**

**Clínica España: Gil Ramírez Dávalos 1-33 Cuarto piso  
Consultorio: 403 Telef. 809288**

## **MAESTRIA DE INTERVENCION PSICOSOCIAL FAMILIAR AGENDA DE INTERVENCION TERAPEUTICA**





**Fecha:** 22/4/09

**Sesión:** E 1

**Registro de Consultantes presentes:** PI, Hno 2, Hno 3, Hna 4

**Terapeuta:** Sonia Rodríguez

### **PROCESO:**

**Avances del Tratamiento:** Se explora los sentimientos de la sesión previa y durante la semana. **Acogida, Normalización y Desculpabilización:** Esta sesión se enfocó en reconstruir esa narrativa incluyendo algunos elementos: como valorar el esfuerzo por mantener a la familia unida, pero ese recurso ahora ya no le sirve, ahora tiene que ayudarse a él permitiéndose desfogarse, dejar el peso de tanta deuda.

Se indago algunos acontecimientos en que puedan valorarse entre hermanos, se estableció límites individuales y entre los sistemas de la familiar contribuyendo así a mejorar la comunicación familiar.

**Redefinición:** PI construyó el rol de protector de sus hermanos frente a los conflictos parentales pero esto se convirtió en una sobrecarga que ya no puede soportar. Y



ha decidido hacerse cargo de su rol de hijo adolescente de 15 años que vive su ciclo vital con responsabilidad.

**Metáfora Reconstructiva:** PI ha vivenciado desde su infancia ansiedad por el alcoholismo de sus padres y para protegerse de no sufrir nuevas ansiedades creó la imagen de un débil e inseguro una estrategia que le protege de volver a sufrir, conflicto tras conflicto, sin embargo ahora envía el mensaje diciendo como ya me agoté de tanto protegerles les toca ahora a ustedes hermanos protegerme a mí.

El cerebro humano posee la capacidad, de recordar nítidamente los recuerdos agradables mientras que los desagradables van desapareciendo poco a poco. Se le motivaron a re escribir la historia de cada miembro de la fratría: niñez y adolescencia trabajando a la vez en la diferenciación de los pensamientos hacia sus hermanos

### **Elaboración y Comprobación de la Hipótesis:**

Se comprueba la hipótesis: PI protege al holòn fraternal de los problemas familiares

PI por ocuparse de los problemas entre sus padres se queda sin tiempo para realizar sus actividades escolares.

### **Técnicas utilizadas:**

- Acogida. Normalización.



- Desculpabilizaciòn
- Redefinición
- Metáfora reconstructiva

#### **Actividades (paciente):**

- Reescribir la historia de la niñez y adolescencia de cada miembro de la fratría
- Elaborar un plan para ejercer el rol de hijo y hermano adolescente viviendo su ciclo vital

#### **Actividades próxima sesión:**

- Explorar sentimientos de sesión previa y durante la semana.
- Monitoreo Agenda de Vida

#### **Auto-evaluación: Mi ser terapeuta como influye en este caso**

Al explorar profundamente los pensamientos de PI y sus hermanos, me sentí con más confianza de seguir avanzando, se evidenció un sistema de protección familiar contra la ansiedad.

**Fecha próxima sesión:** 25/4/09



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES  
MAESTRIA EN INTERVENCION PSICOSOCIAL FAMILIAR  
"PROPUESTA DE INTERVENCION TERAPEUTICA CON ENFOQUE SISTEMICO PARA CASOS DE INTENTO DE SUICIDIO"

**CENTRO DE INTEGRACION APOYO PSICOLOGICO Y SOCIAL-EMPRENDER**

**Clínica España: Gil Ramírez Dávalos 1-33 Cuarto piso**  
**Consultorio: 403 Telef.: 809288**

**MAESTRIA DE INTERVENCION PSICOSOCIAL**  
**FAMILIAR**  
**AGENDA DE INTERVENCION TERAPEUTICA**

**Fecha:** 25/4/09

**Sesión:** B4

**Registro de Consultantes presentes:** PI

**Terapeuta:** Sonia Rodríguez

**PROCESO:**

**Avances del Tratamiento:** Se explora los sentimientos de la sesión previa y durante la semana.

**Pintar Ira, Agresividad:** El PI va recordando situaciones de ira y agresividad y va pintando a las personas, situaciones, iconos o imágenes que evocan esa problemática.

Luego comentamos lo que ha plasmado en el papel, refiere haber sentido mucha agresividad cuando el padre llegó borracho y maltrató a su madre y hermanos.

**Pintar los Miedos:** El PI reprodujo una escena cuando



sus padres bebían juntos sin importarles la seguridad y estabilidad de sus hijos.

**Metáfora:** Tu mente es como el monitor de la computadora donde tu antivirus esta desactualizado y ha dejado pasar con el imput el virus de la relación conflictiva de padres, y como consecuencia de ello edita respuesta relacionadas con las ideas e intento suicida. Se satura tu mente con tanta ideación suicida. Claro que toma tiempo arreglarlo, tu mente te está diciendo, estoy infectada por el virus de la relación conflicto de tus padres, ahora me toca a mí, necesito vacunarme contra este virus para recuperar mi funcionalidad.

**Valorización:** Eres un adolescente valiente en haber soportado tanto estrés, y ahora estar aquí tratando de sentirte mejor, creo eres muy responsable del gran esfuerzo de seguir viviendo.

**Metáfora:** Tu mente está reaccionando igual que cuando una computadora se infecta con virus deja de funcionar, no puede evitar, que la mente edite constantemente las ideas suicidas, pero cuando ves que todo está bien, que ya no hay estrés, la mente poco a poco va editando ideas de valorización de la vida, no se va a quedar así infectada con ideas suicidas todo el tiempo, al vacunarle se elimina el virus.



### **Elaboración y comprobación de la hipótesis:**

Se comprobó la hipótesis de que PI por ocuparse de los problemas entre sus padres se queda sin tiempo para realizar sus actividades escolares.

El problema de lenguaje de PI le genera ansiedad frente a las actividades escolares y en la interacción con compañeros.

### **Técnicas utilizadas:**

- Pintar ira, agresividad, miedos
- Metáfora reconstructiva
- Valorización

### **Actividades (paciente):**

- Reescribir la historia de su niñez
- Seguir implementando la Agenda de Vida

### **Actividades próxima sesión:**

- Explorar sentimientos de sesión previa y durante la semana.
- trabajo con el rol materno
- Propiciar su autonomía y potencialización



**Auto-evaluación: Mi ser terapeuta como influye en este caso**

Esta metáfora cambió el significado de su experiencia de ideación suicida, me siento gratificada de haberlo logrado.

**Fecha próxima sesión:** 2/5/09



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES  
MAESTRIA EN INTERVENCION PSICOSOCIAL FAMILIAR  
"PROPUESTA DE INTERVENCION TERAPEUTICA CON ENFOQUE SISTEMICO PARA CASOS DE INTENTO DE SUICIDIO"

**CENTRO DE INTEGRACION APOYO PSICOLOGICO Y SOCIAL-EMPRENDER**

**Clínica España: Gil Ramírez Dávalos 1-33 Cuarto piso**  
**Consultorio: 403 Telef. 809288**

**MAESTRIA DE INTERVENCION PSICOSOCIAL**  
**FAMILIAR**  
**AGENDA DE INTERVENCION TERAPEUTICA**

**Fecha:** 2/5/09

**Sesión:** B5

**Registro de Consultantes presentes:** PI

**Terapeuta:** Sonia Rodríguez

**PROCESO:**

**Avances del Tratamiento:** Se explora los sentimientos de la sesión previa y durante la semana. PI manifiesta sentirse mucho mejor, el miedo a hablar en público a disminuido.

**Agenda de Vida:** Monitoreo de las actividades realizadas por PI durante la semana.

De la lista de acciones para enfrentar a la ideación suicida se trabajo d la siguiente manera:





- **Inferencia Arbitraria:** Pensamiento: “Para que voy a esforzarme estudiando si siempre me saco bajas calificaciones”. En este caso el adolescente infiere el futuro en función del pasado, lo cual condiciona una actitud pesimista, de perdedor y con predisposición al fracaso.
- **Abstracción Selectiva:** Pensamiento: “Por mi problema de lenguaje no puedo expresar lo que deseo”. Aquí el adolescente intenta arribar a conclusiones teniendo en consideración solamente un aspecto de la realidad.
- **Sobre-generalización:** El PI, a partir de un dato particular llega a conclusiones generales, como por ejemplo, “considero que la vida no tiene sentido y prefiero la muerte” porque no puede enfrentar los problemas familiares.
- **Magnificación:** Pensamiento: Me duele la cabeza cuando mis padres discuten y siento que va a explotar y deseo morir”. El adolescente evalúa de forma distorsionada un suceso, incrementa sus efectos y consecuencias.



### **Elaboración y Comprobación de la Hipótesis:**

Se comprobó la hipótesis: El problema de lenguaje de PI le genera ansiedad frente a las actividades escolares y en la interacción con compañeros.

PI genera ideación suicida ante la impotencia de ayudar a resolver los problemas de sus padres.

### **Técnicas utilizadas:**

- Agenda de Vida

### **Actividades (paciente):**

- Reescribir la historia de su niñez
- Realizar los ejercicios de la sesión
- Seguir implementando la Agenda de Vida

### **Actividades próxima sesión:**

- Explorar sentimientos de sesión previa y durante la semana.
- Propender al desarrollo personal de PI



**Auto-evaluación: Mi ser terapeuta como influye en este caso**

Siento que paciente ha pasado a la última fase del proceso de creación y potencialización personal, me siento alagada de haberlo conducido en poco tiempo a este resultado.

**Fecha próxima sesión: 9/5/09**



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES  
MAESTRIA EN INTERVENCION PSICOSOCIAL FAMILIAR  
"PROPUESTA DE INTERVENCION TERAPEUTICA CON ENFOQUE SISTEMICO PARA CASOS DE INTENTO DE SUICIDIO"

**CENTRO DE INTEGRACION APOYO PSICOLOGICO Y SOCIAL-EMPRENDER**

**Clínica España: Gil Ramírez Dávalos 1-33 Cuarto piso**

**Consultorio: 403 Telef. 809288**

## **MAESTRIA DE INTERVENCION PSICOSOCIAL**

### **FAMILIAR**

### **AGENDA DE INTERVENCION TERAPEUTICA**

**Fecha:** 9/5/09 **Sesión:** B 6

**Registro de Consultantes presentes:** PI

**Terapeuta:** Sonia Rodríguez

#### **PROCESO:**

**Avances del Tratamiento:** PI. Llega con un semblante tranquilo. Se explora los sentimientos de la sesión previa y durante la semana.

**Agenda de Vida:** refiere sentirse satisfecho porque ha sido capaz de ir alcanzando los objetivos propuestos.

**Terapia Cognitiva:** Planteamos situaciones problemáticas en diferente ámbito: casa, escuela, comunidad para que PI elabore alternativas de solución a los conflictos.



En la casa PI aprende a reacciona con calma y quietud ante los problemas familiares.

En la escuela PI responde a las exigencias académicas con seguridad y control emocional. En la comunidad se maneja con soltura en la interrelación social.

Se realizó un ejercicio combinando las **técnicas de respiración, técnicas energéticas y visualización**: PI imaginaba una narrativa problemática y a la vez ejercía su rol adolescente seguro, asertivo, proactivo, actuando y resolviendo con seguridad los problemas.

**Redes de Apoyo:** Se vincula a PI con instituciones que proporcionar apoyo recreaccional, psicopedagógico, económico y social con la finalidad de mantener y reforzar los cambios alcanzados en el comportamiento del paciente.

Realizamos la evaluación parcial y PI califico según su percepción que la terapia ha proporcionado un cambio muy significativo en su comportamiento.

**Documento Narrativo:** Por eso le entrego este documento que certifica que PI ha mejorado su forma de pensar sentir y actuar.



### **Elaboración y Comprobación de la Hipótesis:**

Se comprobó la hipótesis de que PI genera ideación suicida ante la impotencia de ayudar a resolver los problemas de sus padres.

PI al aplicar estrategias psico-sociales para resolver sus problemas la ideación suicida disminuye de forma significativa.

### **Técnicas utilizadas:**

- Terapia Cognitiva
- Visualización
- Documento Narrativo
- Técnicas de Respiración
- Técnicas Energéticas

### **Actividades (paciente):**

- Seguir avanzando con la implementación “Agenda de Vida”
- Técnicas de respiración
- Ejercicios bioenergéticos

### **Actividades próxima sesión:**



- Explorar sentimientos de sesión previa y durante la semana.
- Propender al desarrollo personal de PI
- Evaluación General

**Auto-evaluación: Mi ser terapeuta como influye en este caso:**

Fue emocionante escuchar que PI esta controlando la ideación suicida gracias a la intervención terapéutica, me siento gratificada.

**Fecha próxima sesión:** 23/5/09



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES  
MAESTRIA EN INTERVENCION PSICOSOCIAL FAMILIAR  
"PROPUESTA DE INTERVENCION TERAPEUTICA CON ENFOQUE SISTEMICO PARA CASOS DE INTENTO DE SUICIDIO"

**CENTRO DE INTEGRACION APOYO PSICOLOGICO Y SOCIAL-EMPRENDER**

**Clínica España: Gil Ramírez Dávalos 1-33 Cuarto piso**  
**Consultorio: 403 Telef. 809288**

**MAESTRIA DE INTERVENCION PSICOSOCIAL**  
**FAMILIAR**  
**AGENDA DE INTERVENCION TERAPEUTICA**

**Fecha:** 23/5/09

**Sesión:** A2

**Registro de Consultantes presentes:** Pa, Ma, Pl, Ho 2,  
Ho 3 y Ha 4

**Terapeuta:** Sonia Rodríguez

**PROCESO:**

Refiere que la interacción de la familia ha mejorado bastante que las ideas suicidas han ido disminuyendo. Los padres dicen seguir escribiendo el diario a sus hijos y esto le hace sentirse más seguros cuando les transmiten como enfrentar los problemas con éxito.

**Desculpabilización y Normalización:** El Pl frente a las discusiones de sus padres entiende ahora que las parejas tienen necesidad derecho de dialogar y discutir para arreglar sus diferencias, si no discuten los problemas se





vuelven más y más complejos y se necesitaría más tiempo para arreglarlos. Así la pareja llega a acuerdos que les permiten mejorar su relación conyugal y parental.

También se **redefine** la posición de la PI como un árbitro de las peleas de sus padres para mediar pero que al ser un rol fuerte para una adolescente de 15 años el también se ve afectada por la ansiedad. Ubico de forma adecuada a PI en el ciclo vital de adolescente centrándose en las actividades propias de una persona de esa edad e invito a los padres a pedir la renuncia del árbitro de peleas porque no es necesario, ya que ellos necesitan dialogar y a veces discutir.

**Evaluación Final:** T. Califiquen el proceso de acuerdo a la percepción de cada miembro de la familia.

Pa. Refiere que la relación con su esposa e hijos ha mejorado, que antes de beber licor prefiere pasar jugando con sus hijos.

Ma. Manifiesta estar agradecida porque PI ya no esta triste y esta cumpliendo con el horario de estudio.

PI. Refiere que ahora pueden disertar sus trabajos escolares delante de sus compañeros, dice sentirse



seguro y obtener calificaciones aceptables a su esfuerzo. Y que las ideas suicidas han desaparecido y que no desea que vuelvan.

Ho2. Estoy contento de ver a mi familia unida y feliz.

Ho3. Yo también siento lo mismo estoy contento.

Ha4. Estoy Contenta.

Los cambios conseguidos son: mejoró la relación con su padre, la ansiedad fue controlada, el rendimiento escolar es aceptable, se siente seguro de hablar ante sus compañeros de estudio, asiste de manera regular a terapia de lenguaje, construyó su agenda de vida, práctica básquet tres veces por semana, y disminuyó al mínimo el riesgo de atentar contra su vida. Se acuerda trabajar una sesión más con el propósito de reforzar la autoestima del PI.

### **Elaboración y Comprobación de la Hipótesis:**

Se comprobó la hipótesis, si PI al aplica estrategias psico-sociales para resolver sus problemas la ideación suicida disminuye de forma significativa.

**Técnicas utilizadas:** Escucha Empática, redefinición del problema

- Normalización , valorización, desculpabilización



**Actividades (paciente):** Todas las prescriptas en las sesiones seguir practicando por un tiempo determinado. Escribir un diario de cómo vencer las ideas suicidas

**Actividades próxima sesión:**

- Monitorear “Agenda de Vida”
- Seguir PI ayudando en el negocio familiar
- Vincular a PI con redes de apoyo comunitario.

**Auto-evaluación: Mi ser terapeuta como influye en este caso:**

Tengo la sensación de haber trabajado cien por ciento, lo cual es muy gratificante haber contribuido en la disminución y control de la ideación suicida en PI.

**Fecha próxima sesión:** 6/6/09



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES  
MAESTRIA EN INTERVENCION PSICOSOCIAL FAMILIAR  
"PROPUESTA DE INTERVENCION TERAPEUTICA CON ENFOQUE SISTEMICO PARA CASOS DE INTENTO DE SUICIDIO"

**CENTRO DE INTEGRACION APOYO PSICOLOGICO Y SOCIAL-EMPRENDER**

**Clínica España: Gil Ramírez Dávalos 1-33 Cuarto piso**  
**Consultorio: 403 Telef. 80928**

## **MAESTRIA DE INTERVENCION PSICOSOCIAL FAMILIAR**

### **AGENDA DE INTERVENCION TERAPEUTICA**

**Fecha:** 6/6/09 **Sesión:** F1

**Registro de Consultantes presentes:** PI

**Terapeuta:** Sonia Rodríguez

#### **PROCESO:**

**Avances del Tratamiento:** PI. Llega con un semblante tranquilo. Se explora los sentimientos de la sesión previa y durante la semana.

Manifiestan estar muy bien, que ya no tiene esas ideas suicidas cuando enfrenta estrés. Refiere que el proceso terapéutico ha contribuido a mejorar el patrón de interacción familiar.

**Agenda de Vida:** Se revisa las actividades realizadas durante a semana para monitorear y evaluar los avances alcanzados en torno a os objetivos propuestos.



**Redes de Apoyo:** Se monitoreo la participación de PI en diferentes actividades proporcionadas por instituciones que trabajan en red.

**Connotación Positiva:** Necesitas aprender a apagar la mecha de la bomba cuando experimente una situación similar, este es un proceso de transición o madurez de control que se va aprendiendo y regulando día a día; y lo estas haciendo como una experto.

**FODA: Autoestima** PI comenta que la seguridad es una de las fortalezas que ha adquirido durante el proceso. Esto le ha permitido mejorar la interacción en la casa, en el colegio y con sus amigas. “Los problemas son para enfrentarlos y resolverlos”.

**Auto-evaluación: Mi ser terapeuta como influye en este caso:** Me siento muy satisfecha de haber contribuido a mejorar la calidad de vida de PI y su familia.

## **ANEXO N= 2 ESTUDIO DE CASO DOS**

Está conformado por una adolescente de 13 años de edad, de sexo femenino, es la primera de dos gestaciones



de su madre, sus padres son divorciados hace 10 años, tiene una hermana de 8 años de edad del segundo compromiso de su madre, relación que finalizó hace cinco años. La PI pertenece al tipo de familia monoparental constituida por madre y sus dos hijas.

La adolescente presenta ideación suicida desde hace cuatro meses e intentó suicidarse raspando su brazo con un cuchillo unos días antes del inicio del proceso terapéutico. Esta situación mantiene unido el sistema familiar reforzando la díada madre e hija compartiendo sentimientos como: incertidumbre, frustración, tristeza, dolor por la pérdida del padre y esposo con el divorcio.

El olvido y ausencia de comunicación del padre con la hija (PI), menoscabaron la autoestima, el rendimiento escolar, el deseo de vivir, produciendo la crisis suicida. La PI comparte una deuda de la madre ante la situación económica deficitaria. Las relaciones dentro del subsistema paterno-filial son poco definidas, con límites difusos, normas escasamente explicitadas o inexistentes y sin criterios claros de cumplimiento.

En conclusión; el contexto en el que se presenta el comportamiento suicida es muy importante en cuanto al



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES  
MAESTRIA EN INTERVENCION PSICOSOCIAL FAMILIAR

“PROPUESTA DE INTERVENCION TERAPEUTICA CON ENFOQUE SISTEMICO PARA CASOS DE INTENTO DE SUICIDIO”

significado atribuido a la percepción de vivencias, al parecer PI tiene varios conflictos que resolver, la ideación e intento suicida es uno de ellos.



## **CENTRO DE INTEGRACION APOYO PSICOLOGICO Y SOCIAL-EMPRENDER**

Clínica España: Gil Ramírez Dávalos 1-33 Cuarto piso

Consultorio: 403 Telef. 809288

### **MAESTRIA DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL FAMILIAR**

#### **AGENDA DE ENTREVISTA**

#### **DATOS DE FILIACIÓN**

**Terapeuta:** Sonia Rodríguez

**Fecha:** 13/4/09

<b>Apellidos</b>	<b>Nombres</b>	<b>Edad</b>	<b>Ocupación</b>	<b>Relación</b>
Xxxxxx	Xxxxxx	13 años	Estudiante	PI
Xxxxxx	Xxxxxx	32 años	Q. D.	Ma.
Xxxxxx	Xxxxxx	8 años	Estudiante	Ha 2
<b>Dirección:</b>				xxxxxxx
<b>Remitido por:</b> xxxxxxxxxxxx				





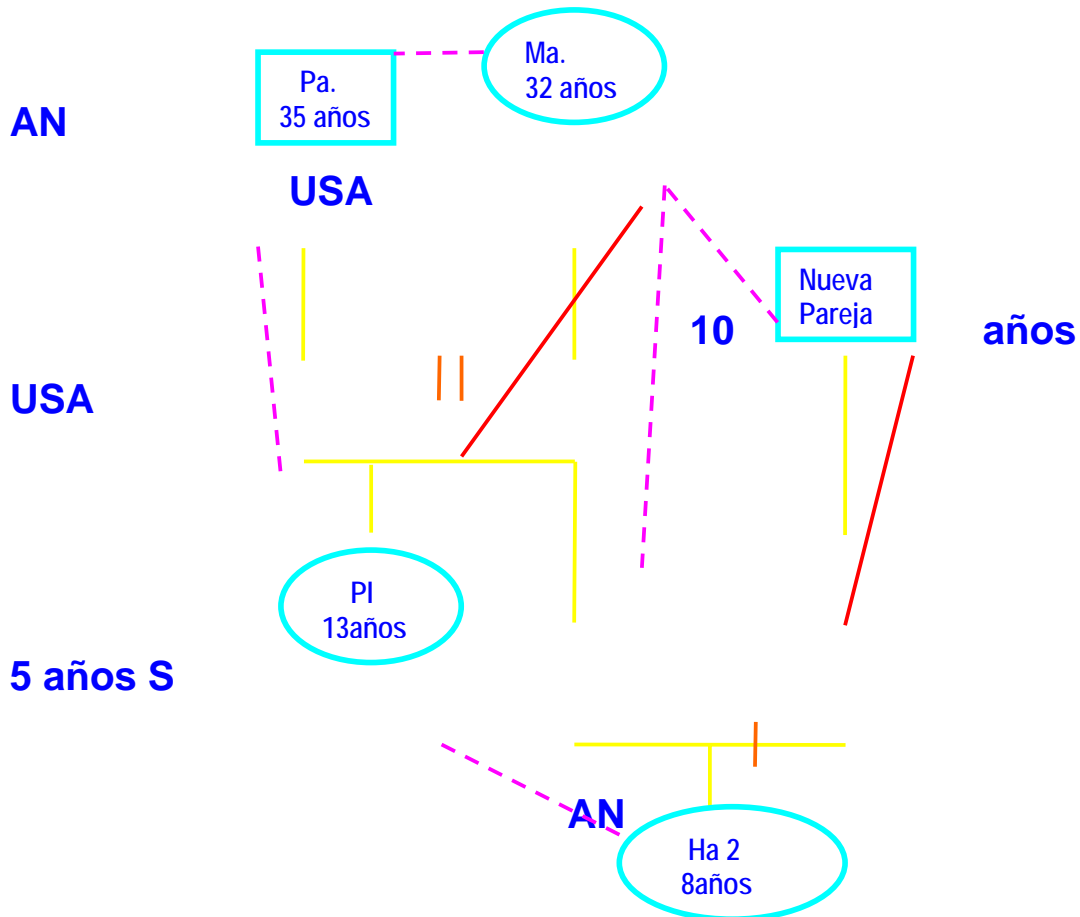
<b>Telef. Casa:</b> XXXXXXXX		<b>Telef.</b>
<b>Oficina:</b> XXXXXXXXX		
<b>MOTIVO DE CONSULTA</b> La madre acude a consulta con su hija porque PI intento suicidarse hace unos días raspando su brazo con un cuchillo.		
<b>OBJETIVOS DESEADOS DE CADA PARTICIPANTE</b>		
<b>Ma.</b>	“Quiero que mi hija supere este problema”.	
<b>Ha 2</b>	“Ella me quiere y yo no quiero que le pase nada malo”.	
<b>PI</b>	“Deseo estar tranquila y vivir feliz”.	
<b>LÍNEA DE BASE DE CONDUCTAS PROBLEMA</b>		



<b>Problema:</b>	<b>Frecuencia/Cuándo /Dónde/Cómo</b>
<b>Ideación Suicida</b>	Presenta desde hace cuatro meses. “Siempre que miro a mi madre llorar por la ausencia de mi padre, me vienen ideas de matarme”.
<b>Intento Suicida</b>	“Con el cuchillo raspe mi brazo con la intención de cortarme, quería morir”.
<b>Ansiedad</b>	De forma constante como lealtad hacia el sufrimiento de la madre.
<b>Carencia Afectiva</b>	Desde el divorcio de sus padres.
<b>Bajo Rendimiento Escolar</b>	Se niega a participar en las actividades escolares, riesgo de pérdida de año.
<b>Baja Autoestima</b>	Desde hace varios años



## GENOGRAMA:



## HISTORIA EVOLUTIVA

**Núcleo familiar:** Monoparental

**Antecedentes Patológicos Familiares:** Madre depresiva

Es la primera de dos gestaciones de su madre. Respecto de los antecedentes prenatales, natales y neonatales, se describe como un parto normal.



## HISTORIA ESCOLAR

**Primaria:** Aprueba con bajo promedio escolar.

**Secundaria:** Estudia el noveno de educación básica presenta bajo rendimiento escolar. Los profesores refieren que PI se niega a participar en las actividades de clase.

## PROBLEMAS MÉDICOS:

No refiere.

## TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS ANTERIORES:

No refiere.

## HISTORIAL DE IDEAS O INTENTOS DE SUICIDIO DE PI Y FAMILIA:

PI refiere que la ideación suicida se presenta desde hace cuatro meses, e intento suicidarse presionando y raspando el cuchillo en el brazo una semana antes de iniciar el proceso terapéutico. No presenta antecedentes familiares.

## EVALUACION DEL ESTADO MENTAL

**Beck:** Presenta alto riesgo de cometer suicidio

**Hamilton:**

- No presenta depresión.
- Presenta ansiedad leve



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES  
MAESTRIA EN INTERVENCION PSICOSOCIAL FAMILIAR  
“PROPUESTA DE INTERVENCION TERAPEUTICA CON ENFOQUE SISTEMICO PARA CASOS DE INTENTO DE SUICIDIO”

	<b>FORTALEZAS:</b>	<b>DEBILIDADES:</b>
<b>Individuales:</b>	Es comprensiva con su madre	Ideación e intento suicida
<b>Familiares:</b>	Preocupación por parte de la madre y hermana	Relación conflictiva por parte de la madre con ex esposo y ex pareja.
<b>Escolares:</b>		Baja rendimiento escolar
<b>Pares:</b>		Pares excluyentes generan ansiedad en PI
<b>Comunitarias:</b>		Condición socio económica baja
<b>ANÁLISIS DE LA DEMANDA:</b> Redefino la demanda		



diciendo que PI presenta ideación e intento de suicidio por la ausencia de su padre, y como lealtad hacia su madre por ser dos mujeres en la espera del padre y pareja.

**OBJETIVOS TERAPÉUTICOS:** Trabajaré superando ideación e intento suicida de la paciente identificada. Sin embargo, este proceso es para la familia porque su madre y hermana presentan los mismos síntomas de ansiedad.

**FUNCIONALIDAD SISTÉMICA DEL SÍNTOMA:** El síntoma en primera instancia sirve como canal de toda la tensión acumulada durante todos estos años por la ausencia del padre.

Relacionalmente, puede servir para responsabilizar a la madre de ejercer con eficacia la educación de sus hijas.

**HIPÓTESIS:** Ideación suicida en la PI, se viene generando desde el divorcio de sus padres.

Alto nivel de conflicto familiar (madre – ansiosa; PI- ha);  
escasa cohesión familiar.

**CENTRO DE INTEGRACION APOYO PSICOLOGICO Y SOCIAL-EMPRENDER**

Clínica España: Gil Ramírez Dávalos 1-33 Cuarto piso

Consultorio: 403 Telef. 809288



## MAESTRIA DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL FAMILIAR

### AGENDA DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

**Fecha:** 13/4/09

**Sesión:** A1

**Registro de Consultantes Presentes:** M, Pl, Ha 2

**Terapeuta:** Sonia Rodríguez

#### PROCESO:

**Escucha Empática:** La madre refiere que su hija Pl presenta ideación e intento suicida. “Estoy muy triste recordando a mi ex esposo y mi hija me consuela y también llora”. Busco crear un clima de distensión que favorezca la libre expresión colectiva. Todos participan y dan su percepción del problema.

**Bautizar el Problema:** “ Filmadora de videos suicidas por ausencia del padre”

**Redefinición del Problema:** La Pl esta experimentando ideación e intento suicida ante la ausencia del padre, lo cual tiene sentido, considerando el divorcio de sus padres, sin embargo, al redefinirlo como un resultado lógico de esa situación estresante, quedo atrapada en su mente.



**Normalizo** la situación; y a la vez envió mensajes que luego amplio **valorizando**, su mente genera ideación suicida como un medio de protección y lealtad hacia su madre. Refuerzo al decir, es su mente, trato de exteriorizar, no es usted, es su mente; lo cual resultó muy **desculpabilizante**, ya que uno de los malestares de PI era la ansiedad después de presentarse las ideas e intento suicida.

**Escultura: (participa la familia)** Ponte en contacto con ese sentimiento e imagina que eres una escultura, imagina una escena, una escultura que pueda expresar ese sentimiento, se coloco en posición de una gallina acurrucada derrotada sin fuerza, sin ánimo para seguir actuando. Pregunte: Qué sentía?, “ me siento indefensa y tonta”.Pregunte: Quiénes piensan que eres tonta? “Creo que mi padre”. Quién le podía ayudar a esa escultura a sentirse mejor?.

Respondió “yo mismo”.Yo tomé su posición por unos minutos y ella tomó la posición de quien ayuda. Puede sentir por unos segundos la desesperación de esa posición, fue una experiencia fuerte pero me sirvió para poder entenderles más aún. Así trabajé con los otros miembros de la familia; volvieron ellos a la posición





original y yo tomé la de ellos y desde ahí trabajé profundamente **des-culpabilizando y valorando el gran esfuerzo**. Los llevé al punto de lograr concienciar que estaban siendo muy débiles con ellos mismos que se están desvalorizando y que la responsabilidad de mantener en armonía y alegres es de todos no solo de PI, reforcé mi compromiso de fortalecimiento.

**Elaboración y Comprobación de la Hipótesis:** Se comprobó la hipótesis: la Ideación suicida de PI se viene generando desde el divorcio de sus padres. PI y su madre se han unido en una diada de lealtad para llorar la ausencia del padre y esposo como medio de protección ante los problemas familiares.

**Técnicas Utilizadas:**

- Escucha Empática,
- Redefinición del Problema,
- Normalización, Valorización,
- Desculpabilización,
- Escultura,
- Exploración de sentimientos

**Actividades (Madre – paciente)**

- Elaborar Reglas de Control Conductual (hijas)



**Actividades Próxima Sesión:**

- Elaborar "Agenda de Vida"
- Enlistar acciones para enfrentar a la ideación suicida.

**Auto-evaluación: Mi ser terapeuta como influye en este caso:** Fue una sesión muy intensa, siento que PI se sintió entendido.

**Fecha próxima sesión:** 14/4/9

**CENTRO DE INTEGRACION APOYO PSICOLOGICO Y SOCIAL-EMPRENDER**

**Clínica España: Gil Ramírez Dávalos 1-33 Cuarto piso**  
**Consultorio: 403 Telef.: 809288**

**MAESTRIA DE INTERVENCION PSICOSOCIAL  
FAMILIAR**

**AGENDA DE INTERVENCION TERAPEUTICA**

**Fecha:** 14/4/09

**Sesión:** B1

**Registro de Consultantes presentes:** PI

**Terapeuta:** Sonia Rodríguez



## PROCESO:

**Avances del Tratamiento:** Paciente identificada llega con expresión facial relajada. Se explora los sentimientos de la sesión previa y durante la semana. Se monitorea la aplicación de reglas de conducta.

**Evaluación del Estado Mental: (Bender, Beck, Hamilton)** Del análisis cualitativo de los test se concluye que PI presenta ideación e intento suicida. Al explorar profundamente los sentimientos de PI me sentí con más confianza de seguir avanzando, lo cual me dejó vivenciar un sistema de protección familiar contra la ansiedad.

### **Sentimientos Explorados:**

**PI. Culpa:** “De sentirme triste al ver llorar a mi madre y no poder ayudarle a olvidar a mi padre”

**PI. Miedo:** “ a matarme a que pasara después con mi mama”

**PI. Dolor:** Señalo el estomago, le pedí que se pusiera en contacto con su cuerpo y que perciba que le quiere decir ese dolor, “es como un apretón que duele mucho”

Apliqué la técnica de verbalización de los conflictos cambiando el sentimiento de frustración y



dotando a la paciente de recursos para la resolución de futuros conflictos.

Invitamos a PI a elaborar la **Agenda de Vida**, contiene los 7 hábitos de personas altamente efectivas a ser implementados a corto, mediano y largo plazo. Y una lista de acciones para enfrentar la ideación suicida:

- 1. Ser Proactivo:**
- 2. Define tu misión y objetivos en la vida:**
- 3. Prioriza actividades para alcanzar objetivos**
- 4. Comunicación Asertiva**
- 5. Escucha abiertamente a los demás:**
- 6. Trabajo en equipo**
- 7. Practicar deporte**

Esta actividad sirvió para enfocar o reencauzar al PI a un entorno sociocultural saludable, con su aceptación previa contribuyendo a disminuir la ansiedad, la ideación suicida mejorando así la comunicación familiar. Se realizaron ejercicios de respiración y bioenergética.

**Elaboración y Comprobación de la Hipótesis:** Se comprobó la hipótesis de que PI y su madre se han unido en una diáda de lealtad como medio de protección para llorar la ausencia del padre y esposo. Ma. No ha superado



etapa de transición entre separación y divorcio.

**Técnicas Utilizar:**

- Normalización,
- Valorización,
- Desculpabilización,
- Metáfora

**Actividades (paciente):**

- Terminar con la elaboración de la Agenda de Vida
- Seguir enlistando acciones para enfrentar a la ideación suicida

**Actividades Próxima Sesión:** Explorar sentimientos de sesión previa y durante la semana

- Explorar relaciones con la familia de origen

**Auto-evaluación: Mi ser terapeuta como influye en este caso.** Al descifrar la narrativa de ideas e inatento suicida, puedo entender el anudamiento y de encontrar herramientas que faciliten el proceso terapéutico.

**Fecha próxima sesión:** 18/409



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES  
MAESTRIA EN INTERVENCION PSICOSOCIAL FAMILIAR  
"PROPUESTA DE INTERVENCION TERAPEUTICA CON ENFOQUE SISTEMICO PARA CASOS DE INTENTO DE SUICIDIO"

**CENTRO DE INTEGRACION APOYO PSICOLOGICO Y SOCIAL-EMPRENDER**

**Clínica España: Gil Ramírez Dávalos 1-33 Cuarto piso**  
**Consultorio: 403 Telef.: 809288**

**MAESTRIA DE INTERVENCION PSICOSOCIAL**  
**FAMILIAR**  
**AGENDA DE INTERVENCION TERAPEUTICA**

**Fecha:** 18/ 4/09

**Sesión:** C1

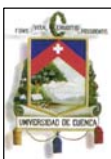
**Registro de consultantes presentes:** Ma.

**Terapeuta:** Sonia Rodríguez

**PROCESO:**

**Avances del Tratamiento:** Se explora los sentimientos de la sesión previa y durante la semana. Comentemos sobre el monitoreo de las Reglas de Control Conductual para las hijas. "Manifiesta que sus hijas cumplen las reglas, y que la PI esta más colaboradora y tranquila"

**Metáfora:** Ma. En el tablero de ajedrez de su vida le falta la pieza clave que corresponde al esposo por eso no puede seguir jugando los partidos de ajedrez, ante esa situación se ha sentado ante la mesa de ajedrez a llorar día tras día hasta que alguien llegue a su vida para tomar



posición de la pieza que falta y devolverle la alegría de vivir.

**Genógrama:** Analizar las relaciones con la familia de origen para comprender como había construido esa característica de su personalidad. Expresó algunos acontecimientos de su vida, hace un recuento paso a paso de su crecimiento describiendo sus sentimientos. Manifiesta que a los cinco años sus padres se separaron y su madre se unió con una nueva pareja, y después de unos años se separaron y su madre se quedó muy triste.

**Curación Ciclos de Vida:** Esta actividad propendió a la diferenciación del self y superar las experiencias hasta la época actual. Además se reforzó con la **Técnica del Juguete de Mi Infancia**; permitiendo el desarrollo personal de la participante. Comenta que no tuvo adolescencia por cuidar a sus hermanos, y se casó muy joven.

**Elaboración y Comprobación de la Hipótesis:** Se comprobó la hipótesis de que Ma no ha superado todavía el proceso de transición entre la separación y divorcio.



El comportamiento suicida de PI mantiene unido el sistema familiar.

**Técnicas utilizadas:**

- Reglas de Control Conductual
- Connotaciones Positivas
- Elaborar el genógrama
- Reformulaciones narrativas

**Actividades (paciente- padres):**

- Aplicar las reglas de control Conductual Holón hijas.
- Continuar exploración de sentimientos con la familia de origen

**Actividades próxima sesión:**

- Connotaciones positivas
- Rastreo
- Escucha empática
- Reformulaciones narrativas
- Metáfora

**Auto-evaluación: Mi ser terapeuta como influye en este**





### **caso**

Se ha trabajado dando énfasis en los ciclos de vida para promover en la Ma. autonomía e independencia en relación al ex esposo. He logrado y me llena de profunda satisfacción alcanzar este resultado

**Fecha próxima sesión:** 20/4/09

**CENTRO DE INTEGRACION APOYO PSICOLOGICO Y SOCIAL-EMPRENDER**

**Clínica España: Gil Ramírez Dávalos 1-33 Cuarto piso**  
**Consultorio: 403 Telef.: 809288**

## **MAESTRIA DE INTERVENCION PSICOSOCIAL FAMILIAR AGENDA DE INTERVENCION TERAPEUTICA**

**Fecha:** 20/4/09

**Sesión:** B2

**Registro de Consultantes presentes:** PI

**Terapeuta:** Sonia Rodríguez

**PROCESO:**



**Avances del Tratamiento:** La Paciente identificada llega con expresión facial relajada. Se explora los sentimientos de la sesión previa y durante la semana, refiere haber realizado el “Ritual del Intento e ideación de Suicidio” y de sentirse mejor.

**Valoración Psiquiátrica:** Se analizaron los resultados de los test en ínter consulta con la Dra. Psiquiatra del Centro “Emprender”, concluyendo que la PI no presenta trastorno orgánico por lo tanto no se prescribe medicación.

**Agenda de Vida:** Vamos definiendo con PI lo que significa ser una persona proactiva, y concienciamos en la necesidad de ejercer el poder que esta en PI de pensar, sentir y obrar de manera asertiva. A continuación expongo textualmente el trabajo realizado por PI:

**Misión:** “ Soy una adolescente comprensiva con mamá”

**Objetivos:** “ Participar en clase, hacer amigos, portarme bien con mamá, no pelear con mi hermana”

**Actividades:** “ Hacer los deberes, participar en clase, estudiar, jugar con mi hermanita, estar tranquila”

Manifesté que el suicidio es una solución definitiva a problemas que usualmente son temporales. Invite a explorar los obstáculos de manera realista y a establecer alternativas de solución.



**Comunicación Asertiva:** Se realizaron varios ejercicios de estrategias comunicativas para mejorar la expresión de sentimientos en los sistemas de interacción familiar, logrando establecer y re-estructurar límites y roles entre los holones.

**Elaboración y Comprobación de la Hipótesis:**

Se comprobó la hipótesis: el comportamiento suicida de PI mantiene unido el sistema familiar.

El relato dominante que ha construido PI soy una hija débil y sensible como mamá porque hemos sido olvidadas por papá.

**Técnicas utilizadas:**

- Agenda de Vida
- Valoración Psiquiátrica
- Comunicación Asertiva

**Actividades (paciente):**

- Implementación de la Agenda de Vida
- Elaborar y priorizar una lista de problemas para resolver



### **Actividades próxima sesión:**

- Explorar sentimientos de sesión previa y durante la semana.
- Explorar relaciones con la familia de origen
- Metáforas
- Monitorear el cumplimiento de Reglas de Control Conductual
- Curar ciclos de Vida PI

### **Auto-evaluación: Mi ser terapeuta como influye en este caso.**

Fue muy provechoso haber elaborado la Agenda de Vida porque permite reconstruir el rol adecuado en el ciclo vital que corresponde a la paciente.

**Fecha próxima sesión: 22/4/09**



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES  
MAESTRIA EN INTERVENCION PSICOSOCIAL FAMILIAR  
"PROPUESTA DE INTERVENCION TERAPEUTICA CON ENFOQUE SISTEMICO PARA CASOS DE INTENTO DE SUICIDIO"

**CENTRO DE INTEGRACION APOYO PSICOLOGICO Y SOCIAL-EMPRENDER**

**Clínica España: Gil Ramírez Dávalos 1-33 Cuarto piso**  
**Consultorio: 403 Telef. 809288**

## **MAESTRIA DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL FAMILIAR**

### **AGENDA DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA**

**Fecha:** 22 /4/09

**Sesión:** D 1

**Registro de Consultantes presentes:** Ma, y PI

**Terapeuta:** Sonia Rodríguez

#### **PROCESO:**

**Avance del tratamiento:** La Ma manifiesta que el control de reglas está aplicándose. Le invito a diseñar el **Rol de Madre**, la actividad de encontrar a madres jefes de hogar alrededor y como ejercen su rol. Describió algunas y las clasifico como: madres mal tratantes, madres negligentes, que no cumplen con sus cuidados y responsabilidades con sus hijos; y madres nutridoras. Manifiestan el deseo de ser madre nutridora transmitiendo seguridad, control de emociones a sus hijas y enfrentando los problemas que se presenten con firmeza y decisión.



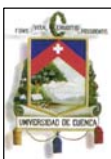
**FODA: Autoestima Madre.** En el proceso de diálogo la madre conciencia y analiza las fortalezas y debilidades en torno a la relación con PI y llegó a la conclusión de que estaba siendo muy rígida en ciertas reglas y en otros aspectos condescendientes.

**Dramatización:** Al intercambiar papeles madre y PI se colocaron en la posición entendiendo y asumiendo responsabilidades conjuntas para superar las dificultades en la comunicación.

El ejercicio fue realizado con mucha emotividad siendo el momento oportuno para establecer límites adecuados entre ellas que faciliten el desarrollo personal, la autonomía e independencia de PI y de la madre.

**Visualización:** La madre con los ojos cerrados, comienzan a visualizar los conflictos vividos con las hijas y se concentran en como ir resolviendo los problemas juntas.

**Circularidad:** Siendo oportuno plantear las siguientes preguntas.



T. ¿Qué significa para PI hija esto?

PI. “Pienso que mi madre necesita apoyo”.

T. ¿Qué sentía cuando ven a PI llorar por solidaridad?

Ma. “ Me siento culpable de hacer sufrir a mi hija” “No se que hacer necesito ayuda”

### **Elaboración y Comprobación de la Hipótesis:**

Se comprobó la hipótesis: El relato dominante que ha construido PI soy una hija débil y sensible como mamá por que hemos sido olvidadas por papá.

La Ma se agoto físicamente por dos fracasos sentimentales y ahora demanda la protección y consuelo de PI

### **Técnicas a utilizar:**

- Rol de Padres - Circularidad
- Visualización
- FODA: Autoestima
- Dramatización

### **Actividades (paciente / padres):**

- Continuar con las actividades de la sesión anterior
- Plantearse problemas en relación con su hijo PI y establecer alternativas de solución.



**Actividades próxima sesión:**

- Explorar sentimientos de sesión previa y durante la semana.
- Trabajo con los roles parentales
- Reforzar la relación con sus hijas

**Auto-evaluación: Mi ser terapeuta como influye en este caso.**

Siento que mi trabajo esta siendo fructífero en cada uno de los miembros del sistema y del sistema como tal.

**Fecha próxima sesión:** 18/4/09





**MAESTRIA DE INTERVENCION PSICOSOCIAL**  
**FAMILIAR**  
**AGENDA DE INTERVENCION TERAPEUTICA**

**Fecha:** 18/4/09

**Sesión:** B 3

**Registro de Consultantes presentes:** PI

**Terapeuta:** Sonia Rodríguez

**PROCESO:**

**Avances del Tratamiento:** PI. Llega con un semblante tranquilo. Se explora los sentimientos de la sesión previa y durante la semana.

**Curamos los ciclos vitales:** PI va superando cada crisis presentada y el efecto de esta actividad se evaluara en el transcurso de las próximas sesiones.

- **Minimización:** Pensamiento: " mi padre no me llama porque no me quiere"
- **Pensamiento polarizado:** PI piensa "Nadie me



quiere", "

- **Personalización:** "Cuando veo a mi madre llorar es porque yo le recuerdo a mi padre "

El adolescente considera cualquier situación o hecho, como referido a sí mismo, aunque no exista conexión alguna.

### **VISUALIZACIÓN BOLA DE CRISTAL DE SHAZER:**

Describe una escena en la que PI esta asumiendo un rol activo de enfrentar con éxito los problemas personales y familiares. Imagina una escena con su madre y hermana. "Estamos: mi madre, mi hermanita y yo paseando tranquilas por el campo".

Le pregunte: Cómo podían hacer realidad esa escena y respondió. "Haciendo un esfuerzo para cambiar y luchando para ser felices". Imagino visitando a su padre en los Estados Unidos y aplicando técnicas de comunicación asertiva para mejorar la comunicación con él.

### **Elaboración y Comprobación de la Hipótesis:**

Se comprueba la hipótesis: Ma se agoto físicamente por



dos fracasos sentimentales y ahora demanda la protección y consuelo de PI

PI confronta con Ha2 por incumplir reglas o acuerdos entre el Holón fraternal.

### **Técnicas utilizadas:**

- Curación Ciclos de Vida
- Visualización de la Bola de Cristal de Shazer

### **Actividades (paciente):**

- Seguir avanzando con la implementación “Agenda de Vida”
- Relatos del ciclo de vida.

### **Actividades próxima sesión:**

- Explorar sentimientos de sesión previa y durante la semana.
- Trabajar Autoestima “FODA”
- Curación de los Ciclos de Vida.

**Auto-evaluación: Mi ser terapeuta como influye en este**



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES  
MAESTRIA EN INTERVENCION PSICOSOCIAL FAMILIAR

“PROPUESTA DE INTERVENCION TERAPEUTICA CON ENFOQUE SISTEMICO PARA CASOS DE INTENTO DE SUICIDIO”

**caso:**

Me siento con confianza de seguir avanzando en el proceso y pronóstico un cambio muy significativo en el PI.

**Fecha próxima sesión:** 22/ 4/09



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES  
MAESTRIA EN INTERVENCION PSICOSOCIAL FAMILIAR  
"PROPUESTA DE INTERVENCION TERAPEUTICA CON ENFOQUE SISTEMICO PARA CASOS DE INTENTO DE SUICIDIO"

**CENTRO DE INTEGRACION APOYO PSICOLOGICO Y SOCIAL-EMPRENDER**

**Clínica España: Gil Ramírez Dávalos 1-33 Cuarto piso**  
**Consultorio: 403 Telef.: 809288**

**MAESTRIA DE INTERVENCION PSICOSOCIAL  
FAMILIAR**

**AGENDA DEL PROCESO DE INTERVENCION  
TERAPEUTICA**

**Fecha:** 22/4/09

**Sesión:** E 1

**Registro de Consultantes presentes:** PI, Hna 2

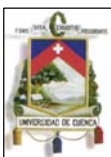
**Terapeuta:** Sonia Rodríguez

**PROCESO:**

**Avances del Tratamiento:** Se explora los sentimientos de la sesión previa y durante la semana.

Se indagó preguntando por algunos acontecimientos en que pueda valorar a su hermana pero a la vez trabajamos en la diferenciación de ellas, para dejar salir el peso de tanta deuda.

**Redefinición:** PI construyó el rol de protectora de su madre y negó la posibilidad a la hermana menor de intervenir en los problemas del hogar. Convirtiéndose en



una sobrecarga que ya no puede soportar. Y ha decidido hacerse cargo de su rol de hija adolescente de 13 años que vive su ciclo vital con responsabilidad. Se le motiva a re escribir la historia de su niñez y adolescencia vinculando a la diferenciación de los sentimientos hacia su hermana y madre.

**Dramatización:** Se cambia de papeles para que cada miembro de la fratría pueda colocar en la posición del otro y sentir como se siente su hermana en esa posición.

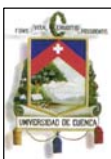
**Comunicación Asertiva:** Cada miembro de la fratría planteara su demanda para ser procesada de forma democrática por el participante emisor con el propósito de mejorar la comunicación del sistema.

### **Elaboración y Comprobación de la Hipótesis:**

Se comprueba la hipótesis: PI confronta con Ha1 por incumplir reglas o acuerdos entre el Holón fraternal  
PI intento suicidarse por el olvido del padre

### **Técnicas utilizadas:**

- Redefinición



- Comunicación Asertiva

### **Actividades (paciente):**

- Reescribir la historia de su niñez
- Elaborar un plan para ejercer el rol de hija y hermana adolescente viviendo su ciclo vital
- Relatos de cada ciclo vital

### **Actividades próxima sesión:**

- Explorar sentimientos de sesión previa y durante la semana.
- Monitoreo Agenda de Vida

### **Auto-evaluación: Mi ser terapeuta como influye en este caso**

Me siento bien de ver que va mejorando y han adoptado otro discurso de interrelacionarse entre el sistema de fratría.

**Fecha próxima sesión:** 25/4/09



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES  
MAESTRIA EN INTERVENCION PSICOSOCIAL FAMILIAR  
"PROPUESTA DE INTERVENCION TERAPEUTICA CON ENFOQUE SISTEMICO PARA CASOS DE INTENTO DE SUICIDIO"

**CENTRO DE INTEGRACION APOYO PSICOLOGICO Y SOCIAL-EMPRENDER**

**Clínica España: Gil Ramírez Dávalos 1-33 Cuarto piso**  
**Consultorio: 403 Telef. 809288**

**MAESTRIA DE INTERVENCION PSICOSOCIAL  
FAMILIAR**

**AGENDA DEL PROCESO DE INTERVENCION  
TERAPEUTICA**

**Fecha:** 25/4/09

**Sesión:** B4

**Registro de Consultantes presentes:** PI

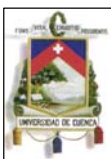
**Terapeuta:** Sonia Rodríguez

**PROCESO:**

**Avances del Tratamiento:** Se explora los sentimientos de la sesión previa y durante la semana.

**Redefinición:** PI al ver que su madre sufre por la ausencia de recursos económicos decidió ser leal y proteger a la madre. Pero ahora que PI y madre se agotaron, necesitan una tercera persona quien tomé esa posición de proteger a la familia, acaso sería la hermana de ocho años de edad. Este es el mayor logro familiar que





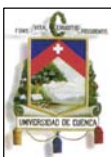
la hermanita asuma este rol. Cuando tiempo aguantará la niña realizando esta pesada actividad, que vas hacer para evitar que se agote su ha.

**Visualización:** PI con los ojos cerrados, comienzan a visualizar a cada miembro de la familia, asumir la responsabilidad por vivir la vida con dignidad construyendo la felicidad día a día.

Al imaginar que la situación ha cambiado la sonrisa aflora a flor de piel y eso produce la magia del perdón a sí misma por llevar una carga tan fuerte y hacia el padre por no llamarla seguido; y que todo el pasado se olvida ya que el cerebro posee la capacidad de recordar nítidamente los recuerdos agradables mientras que los desagradables van desapareciendo poco a poco.

**Relatos:** Se le motivo a re escribir la historia de su niñez vinculando ahora a su rol de adolescente dedicando tiempo para sus estudios y trabajando a la vez en la diferenciación de los sentimientos de sus padres y hermana.

**Elaboración y Comprobación de la Hipótesis:**



Se comprobó la hipótesis: PI intento suicidarse por el olvido del padre

PI presenta baja autoestima por el rechazo del padre.

**Técnicas utilizadas:**

- Relatos
- Redefinición
- Visualización

**Actividades (paciente):**

- Reescribir la historia de su niñez
- Seguir implementando la Agenda de Vida

**Actividades próxima sesión:**

- Explorar sentimientos de sesión previa y durante la semana.
- trabajo con el rol materno
- Propiciar su autonomía e potencialización



### **Auto-evaluación: Mi ser terapeuta como influye en este caso**

Se trabajo muy intensamente; ahora sé que hemos ascendido un peldaño más en el proceso.

**Fecha próxima sesión:** 2/5/09



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES  
MAESTRIA EN INTERVENCION PSICOSOCIAL FAMILIAR  
"PROPUESTA DE INTERVENCION TERAPEUTICA CON ENFOQUE SISTEMICO PARA CASOS DE INTENTO DE SUICIDIO"

**CENTRO DE INTEGRACION APOYO PSICOLOGICO Y SOCIAL-EMPRENDER**

**Clínica España: Gil Ramírez Dávalos 1-33 Cuarto piso**  
**Consultorio: 403 Telef. 809288**

## **MAESTRIA DE INTERVENCION PSICOSOCIAL FAMILIAR**

### **AGENDA DEL PROCESO DE INTERVENCION TERAPEUTICA**

**Fecha:** 2/5/09

**Sesión:** B 5

**Registro de Consultantes presentes:** PI

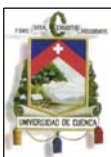
**Terapeuta:** Sonia Rodríguez

#### **PROCESO:**

**Avances del Tratamiento:** Se explora los sentimientos de la sesión previa y durante la semana.

**Valorización:** Eres una adolescente valiente en haber soportado tanto estrés, y ahora al estar aquí tratando de sentirte mejor, creo eres muy responsable del gran esfuerzo de seguir viviendo.

**Metáfora:** Tu mente está reaccionando igual que una filmadora va grabando y reproduciendo videos



constantemente las ideas suicidas. Ahora que todo está bien, que ya no hay estrés, la mente poco a poco va filmando ideas de tranquilidad, no se va a quedar así con ideas suicidas todo el tiempo, con dirigir la filmadora hacia situaciones tranquilas reproduces solo videos de tranquilidad.

De la lista de acciones para enfrentar a la ideación suicida se trabajo con terapia cognitiva y neutralice determinadas distorsiones cognitivas:

- **Inferencia Arbitraria:** Pensamiento: “”No quiero vivir”. En este caso la adolescente infiere el futuro en función de la experiencia de fracaso sentimental de la madre, lo cual condiciona una actitud pesimista, con predisposición al suicidio. ”.
- **Abstracción selectiva:** Pensamiento:”Porque mi padre me olvido, no puedo estudiar” Aquí el adolescente intenta arribar a conclusiones teniendo en consideración solamente un aspecto de la realidad.
- **Sobre generalización:** La PI, a partir de un dato particular llega a conclusiones generales, como por



ejemplo, "mi padre no me quiere, tampoco tengo amigos/as.

- **Magnificación:** Pensamiento: "Si mi padre no regresa a Ecuador siento que me voy a enfermar y morir". El adolescente evalúa de forma distorsionada un suceso, incrementa sus efectos y consecuencias.

### **Elaboración y Comprobación de la Hipótesis:**

Se comprobó la hipótesis: PI presenta baja autoestima por el rechazo del padre.

PI genera ideación e intento suicida como lealtad con su madre.

### **Técnicas utilizadas:**

- Redefinición
- Valorización
- Metáfora

### **Actividades (paciente):**

- Reescribir la historia de su niñez
- Realizar los ejercicios de la sesión



### **Actividades próxima sesión:**

- Explorar sentimientos de sesión previa y durante la semana.
- Propender al desarrollo personal de PI

### **Auto-evaluación: Mi ser terapeuta como influye en este caso**

Siento que la intervención terapéutica esta siendo bien acogida por PI

**Fecha próxima sesión: 9/5/09**



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES  
MAESTRIA EN INTERVENCION PSICOSOCIAL FAMILIAR  
"PROPUESTA DE INTERVENCION TERAPEUTICA CON ENFOQUE SISTEMICO PARA CASOS DE INTENTO DE SUICIDIO"

**CENTRO DE INTEGRACION APOYO PSICOLOGICO Y SOCIAL-EMPRENDER**

**Clínica España: Gil Ramírez Dávalos 1-33 Cuarto piso**

**Consultorio: 403 Telef.: 809288**

## **MAESTRIA DE INTERVENCION PSICOSOCIAL**

### **FAMILIAR**

### **AGENDA DE INTERVENCION TERAPEUTICA**

**Fecha:** 9/5/09

**Sesión:** B 6

**Registro de Consultantes presentes:** PI

**Terapeuta:** Sonia Rodríguez

#### **PROCESO:**

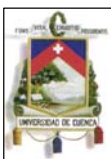
**Avances del Tratamiento:** PI. Llega con un semblante tranquilo. Se explora los sentimientos de la sesión previa y durante la semana.

**Agenda de Vida,** refiere sentirse satisfecho porque ha sido capaz de ir alcanzando los objetivos propuestos.

Planteamos situaciones problemáticas en diferente ámbito: casa, escuela, comunidad, para que PI elabore alternativas de solución a los conflictos.

En la casa PI aprende a reacciona con calma y quietud ante los problemas familiares.





En la escuela PI responde a las exigencias académicas con seguridad y control emocional. En la comunidad se maneja con soltura en la interrelación social.

Se realizó un ejercicio combinando de las **técnicas de respiración, energéticas y visualización**: PI imaginaba una narrativa problemática y a la vez ejercía su rol adolescente seguro, asertivo, proactivo, actuando y resolviendo con seguridad los problemas.

**Redes de Apoyo:** Se vincula a PI con instituciones que proporcionar apoyo recreaccional, psicopedagógico, económico y social con la finalidad de mantener y reforzar los cambios alcanzados en el comportamiento del paciente.

Realizamos la evaluación parcial y PI califico según su percepción que la terapia a proporcionado un cambio muy significativo en su comportamiento.

**Documento Narrativo:** Por eso le entrego este documento que certifica que PI ha mejorado su forma de pensar sentir y actuar.



### **Elaboración y Comprobación de la Hipótesis:**

Se comprobó la hipótesis: PI genera ideación e intento suicida como lealtad con su madre.

PI al aplicar estrategias psico-sociales para enfrentar sus problemas, la ideación e intento suicida disminuye de forma significativa.

### **Técnicas utilizadas:**

- Terapia Cognitiva
- Redes de A poyo
- Visualización
- Documento Narrativo

### **Actividades (paciente):**

- Seguir avanzando con la implementación “Agenda de Vida”
- Relatos

### **Actividades próxima sesión:**

- Explorar sentimientos de sesión previa y durante la semana.



- Trabajar Autoestima "FODA"

**Auto-evaluación: Mi ser terapeuta como influye en este caso:**

Me siento con confianza de seguir avanzando en el proceso y pronóstico un cambio muy significativo en el PI.

**Fecha próxima sesión:** 23/5/09

**CENTRO DE INTEGRACION APOYO PSICOLOGICO Y SOCIAL-EMPRENDER**

**Clínica España: Gil Ramírez Dávalos 1-33 Cuarto piso  
Consultorio: 403 Telef. 809288**

**MAESTRIA DE INTERVENCION PSICOSOCIAL  
FAMILIAR  
AGENDA DE INTERVENCION TERAPEUTICA**

**Fecha:** 23/5/09 **Sesión:** A2

**Registro de Consultantes presentes:** M, PI, Ha 2

**Terapeuta:** Sonia Rodríguez

**PROCESO:**



Ma. Refiere que la interacción de la familia ha mejorado bastante y que PI no manifiesta ideas suicidas.

**Escultura:** Volvemos a retomar la primera escultura y les pido que tomen la posición inicial cruzada de brazos en el piso, que pase a la segunda de cómo se siente ahora. Hace una en la que esta motivando realizando los objetivos propuestos en la Agenda de Vida, dando ejemplo a la imagen que describió en el ejercicio de la Bola de Cristal.

**Redes de Apoyo:** Se informa al PI de instituciones que proporcionan servicios de apoyo psico-social donde puede acudir para reforzar la intervención terapéutica recibida.

Esto me hace pensar que es un buen momento para cerrar el proceso.

Cierre del proceso: Queda abierta las puertas hasta otra oportunidad para cuando deseen hacer una nueva cita de seguimiento.

### **Evaluación Final:**

T. Califiquen el proceso de acuerdo a la percepción de cada miembro de la familia.

Ma. “Manifiesta estar agradecida porque PI esta tranquila y ha mejorado su rendimiento escolar”.

PI. “Me siento más tranquila”

Ha 2. “Mi madre me quiere más, esta alegre y juego con



mi hermana”.

Los cambios observados son los siguientes: mejoró la comunicación con su padre, la ansiedad ha ido disminuyendo, presenta rendimiento escolar aceptable, se siente más tranquila, construyó su agenda de vida y asiste al curso de teatro, y ha disminuído al mínimo el riesgo de atentar contra su vida. Se acuerda trabajar una sesión más con el propósito de reforzar la autoestima del PI.

### **Elaboración y Comprobación de la Hipótesis:**

Se comprobó la hipótesis: PI al aplicar estrategias psico-sociales para enfrentar sus problemas, la ideación e intento suicida disminuye de forma significativa.

### **Técnicas utilizadas:**

- Escucha Empática
- Escultura
- Evaluación General

### **Actividades (paciente):**

- Todas las prescriptas en las sesiones, seguir practicando por un tiempo determinado.
- Escribir un diario de cómo vencer las ideas suicidas



- Vinculación a Redes de Apoyo

### **Actividades próxima sesión:**

- Monitorear “Agenda de Vida”
- Seguir PI ayudando en el negocio familiar
- Vincular a PI con redes de apoyo comunitario.

### **Auto-evaluación: Mi ser terapeuta como influye en este caso:**

Dejo a la familia con límites claros, estableciendo jerarquías y normas que les permita funcionar de manera adecuada.

**Fecha próxima sesión:** 6/6/09



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES  
MAESTRIA EN INTERVENCION PSICOSOCIAL FAMILIAR  
"PROPUESTA DE INTERVENCION TERAPEUTICA CON ENFOQUE SISTEMICO PARA CASOS DE INTENTO DE SUICIDIO"

**CENTRO DE INTEGRACION APOYO PSICOLOGICO Y SOCIAL-EMPRENDER**

**Clínica España: Gil Ramírez Dávalos 1-33 Cuarto piso**  
**Consultorio: 403 Telef. 80928**

**MAESTRIA DE INTERVENCION PSICOSOCIAL**  
**FAMILIAR**  
**AGENDA DE INTERVENCION TERAPEUTICA**

**Fecha:** 6/6/09 **Sesión:** F1

**Registro de Consultantes presentes:** PI

**Terapeuta:** Sonia Rodríguez

**PROCESO:**

**Avances del Tratamiento:** PI. Llega con un semblante tranquilo. Se explora los sentimientos de la sesión previa y durante la semana. Manifiestan estar muy bien, que ya no tiene esas ideas suicidas cuando enfrentaba el estrés. Refiere que el proceso terapéutico ha contribuido a mejorar el patrón de interacción familiar.

**Agenda de Vida:** Se revisa las actividades realizadas durante a semana para monitorear y evaluar los avances alcanzados en torno a los objetivos propuestos.



**Expresión de Sentimientos:** PI pinta iras y agresividad en diversas situaciones vividas. Refiere que su padre no se despidió de ella cuando viajó a los Estados Unidos. “yo no sabia que mi padre se fue a los Estados Unidos, después me avisaron”

Pinto los miedos: “tengo miedo a se muera mi mamá a que me deje, siendo lo único que tengo, mi padre me abandono, no llama, no le importo”. Trabajamos muy fuerte para promover el cambio cognitivo.

**Redes de Apoyo:** Se monitoreo la participación de PI en diferentes actividades proporcionadas por instituciones que trabajan en red. PI manifiesta asistir al curso de teatro y que le gusta mucho, que ahora encuentra muchas formas de compartir con su familia y amigos/as

**Auto-evaluación: Mi ser terapeuta como influye en este caso:**

Otro caso resuelto, esto refuerza mi confianza de seguir ejerciendo con eficiencia y efectividad el trabajo de terapeuta familiar.

### **ANEXO N=3 ESTUDIO DE CASO TRES**

Se trata de un adolescente de 17 años de edad, de sexo masculino, es el segundo de tres gestaciones de su





madre, de instrucción segundo de bachillerato, tiene una hermana de 20 años de edad y una hermana de 12 años, es similar al caso anterior, relación que finalizó hace 8 años. PI pertenece al tipo de familia mono parental, constituido por madre e hijo/as. Los roles de los miembros de la familia son rígidos, PI asume el rol de víctima, pero también puede expresar sus sentimientos, a su vez la madre asume el rol de protectora permitiendo afrontar solidariamente la depresión, ideación e intento suicida.

La familia expresa el desgaste del primer tratamiento, comenta que nunca se les informó la causa de la ideación e intento suicida. El nuevo diagnóstico y pronóstico les da una nueva esperanza, ya que en el tratamiento anterior dicen haber llegado a desgastarse tanto que decidieron buscar otro profesional. PI presenta ideación suicida desde el dos mil siete precedido de depresión vinculado a la separación afectiva con la enamorada, el intento de suicidio se produjo unos días antes del motivo de consulta.

En conclusión; el tratamiento es un proceso donde que atraviesa algunas fases, inicia con una negativa para aceptar el problema, luego se pasa a la fase de crecimiento personal aplicando una serie de estrategias que ofrece la intervención terapéutica como es la elaboración e



implementación de la Agenda de Vida y la ayuda interdisciplinaria: psiquiatra para controlar la depresión y el abordaje psicológico para disminuir la ideación suicida, sin embargo los recursos familiares y sociales son componentes claves para la efectividad del proceso. Luego pasa a una fase de potencialización y desarrollo personal donde el PI se proyecta de forma proactiva.

En todo este proceso se pone en juego la calidad de la relación familiar, la solidez de los lazos, la comunicación y la flexibilidad de los roles de cada miembro de la familia para protegerse y comprenderse recíprocamente. En la intervención terapéutica se debe considerar la narrativa personal, el sentido que cada miembro de la familia le da a la resolución de la ideación e intento suicida, al tratamiento y sus posibles desenlaces, pero también la narrativa familiar y social por la cual es influida. El permitir el desbloqueo emocional, expresión de sentimientos y de sostén de las mismas, plantea nuevas posibilidades de asignar sentido a la vida, reformular pérdidas afectivas.



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES  
MAESTRIA EN INTERVENCION PSICOSOCIAL FAMILIAR  
"PROPUESTA DE INTERVENCION TERAPEUTICA CON ENFOQUE SISTEMICO PARA CASOS DE INTENTO DE SUICIDIO"

**CENTRO DE INTEGRACION APOYO PSICOLOGICO Y SOCIAL-EMPRENDER**

**Clínica España: Gil Ramírez Dávalos 1-33 Cuarto piso**

**Consultorio: 403 Telef.: 809288**

## **MAESTRIA DE INTERVENCION PSICOSOCIAL**

### **FAMILIAR**

#### **AGENDA DE ENTREVISTA**

#### **DATOS DE FILIACION**

**Terapeuta:** Sonia Rodríguez

**Fecha:** 10/4/09

<b>Apellidos</b>	<b>Nombres</b>	<b>Edad</b>	<b>Ocupación</b>	<b>Relación</b>
Xxxxxxx	Xxxxxx	17 años	Estudiante	PI
Xxxxxx	Xxxxxx	40 años	Q. D.	Ma.
Xxxxxx	Xxxxxx	20 años	Estudiante	Ha 1
Xxxxxx	Xxxxxx	12 años	Estudiante	Ha 3

**Dirección:**

XXXXXXX

**Remitido por:** XXXXXXXXX

**Telef. Casa:** XXXXXXXX

**Telef.**

**Oficina:** XXXXXXXXX



### **MOTIVO DE CONSULTA**

El PI acude a consulta con su madre porque intento suicidarse manejando a toda velocidad para chocar y matarse.

### **OBJETIVOS DESEADOS DE CADA PARTICIPANTE**

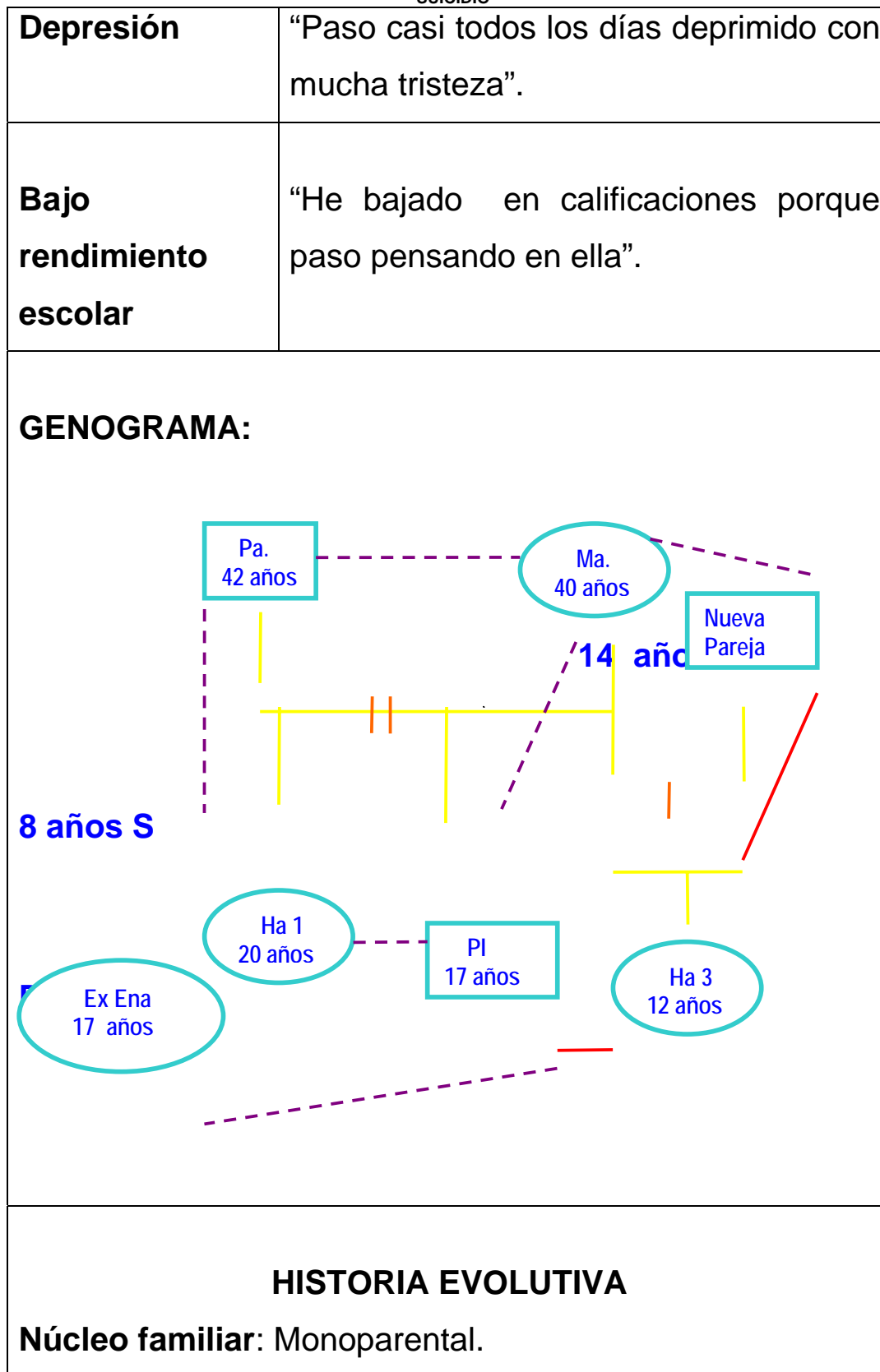
<b>Ma.</b>	“Ayudarle a superar el problema de depresión de mi hijo”.
<b>Ha 1</b>	”Mi hermano siempre ha tenido el apoyo de mamá, en cambio yo trabajo”.
<b>Ha 3</b>	“Mi hermano es muy inteligente quiero que se cure”.
<b>PI</b>	“Quiero quitarme la depresión y olvidarle a mi ex enamorada”.

### **LÍNEA DE BASE DE CONDUCTAS PROBLEMA**

<b>Problema:</b>	<b>Frecuencia/Cuándo /Dónde/Cómo</b>
<b>Ideación Suicida</b>	“Casi todos los días pienso en mi ex enamorada y quiero morir”
<b>Intento Suicida</b>	“ Cuando termine con mi ex enamorada maneje a toda velocidad tratando de matarme”



**“PROPUESTA DE INTERVENCION TERAPEUTICA CON ENFOQUE SISTEMICO PARA CASOS DE INTENTO DE SUICIDIO”**





### **Antecedentes Patológicos Familiares:** No refiere

Es el segundo de tres gestaciones de su madre. Respecto de los antecedentes prenatales, natales y neonatales, se describe como un parto normal.

A los cuatro años fue abusado sexualmente por familiar con deficiencia mental.

### **HISTORIA ESCOLAR**

**Primaria:** Excelente estudiante

**Secundaria:** Bajo rendimiento escolar vinculado con problemas afectivos de la enamorada

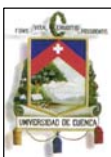
### **PROBLEMAS MÉDICOS:**

Refiere depresión desde hace dos años; no ha recibido tratamiento.

### **TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS ANTERIORES:**

2006 Tratamiento Psicológico, duración un mes. Derivado por Orientadora del colegio por problemas de desmotivación escolar. Se trabajo en forma individual con el PI.

### **HISTORIAL DE IDEAS O INTENTOS DE SUICIDIO DE PI Y FAMILIA**



2007 Ideación suicida por la separación de su primera enamorada.

2009 Ideación suicida por la separación de su enamorada actual.

2009 Intento suicidarse unos días antes del inicio del proceso terapéutico, manejaba a toda velocidad para chocar con algo y matarse. Estos acontecimientos están precedidos de depresiones.

No presentan antecedentes de comportamiento suicida en la familia.

## EVALUACION DEL ESTADO MENTAL

**Beck:** Presenta alto riesgo de cometer suicidio.

**Hamilton:**

- Presenta depresión leve
- Presenta ansiedad moderada

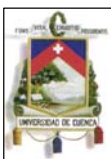


UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES  
MAESTRIA EN INTERVENCION PSICOSOCIAL FAMILIAR

**“PROPUESTA DE INTERVENCION TERAPEUTICA CON ENFOQUE SISTEMICO PARA CASOS DE INTENTO DE SUICIDIO”**

	<b>FORTAL EZAS:</b>	<b>DEBILIDADES:</b>
<b>Individuales:</b>	Es creativo	Ideación e intento de suicidio
<b>Familiares:</b>	Familia demuestra atención y cuidados a PI	Madre relación ex parejas conflictivas Sentimientos negativos desencadenados por el intento autolítico del hijo menor. Familia ha ido enfrentándose a una sucesión de estresores
<b>Escolares:</b>		Baja rendimiento escolar
<b>Pares:</b>		Dificultad en relacionarse con pares de diferente género
<b>Comunitarias:</b>		Condición socio económica media baja
<b>ANÁLISIS DE LA DEMANDA:</b> Redefino la demanda		





diciendo que PI presenta depresión, ideación e intento de suicidio por la separación con su enamorada, y como lealtad hacia su madre que es divorciada.

**OBJETIVOS TERAPEÚTICOS:** Trabajare superando ideación e intento suicida y depresión del paciente identificado; sin embargo, este proceso es para la familia porque su madre y hermanas presentan los mismos síntomas de tristeza.

**FUNCIONALIDAD SISTÉMICA DEL SÍNTOMA:** El síntoma en primera instancia sirve como canal de toda la tensión acumulada durante todos estos años por la ausencia del padre.

Relacionalmente, puede servir para responsabilizar a la madre ejercer con eficacia la educación de sus hijo /as.

**HIPÓTESIS:** Ideación e intento suicida y depresión generada por la separación de enamorada. Alto nivel de conflicto familiar (PI –padre; madre – PI; PI – Hermanas); escasa cohesión familiar.

**CENTRO DE INTEGRACION APOYO PSICOLOGICO Y SOCIAL-EMPRENDER**

**Clínica España: Gil Ramírez Dávalos 1-33 Cuarto piso**

**Consultorio: 403 Telef. 809288**



## MAESTRIA DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL FAMILIAR AGENDA DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

**Fecha:** 6/4/09

**Sesión:** A1

**Registro de Consultantes presentes:** Pa, Ma, PI, Ha 1,  
Ha 2

**Terapeuta:** Sonia Rodríguez

### **PROCESO:**

**Escucha Empática:** Durante la primera entrevista, en la que se completa y actualiza el genograma, la familia se muestra colaboradora y preocupada, aunque comunicativamente inhibida. La madre refiere que su hijo PI presenta depresión, ideación e intento suicida y lo relaciona como consecuencia de la relación conflictiva con su ex enamorada.

"Para nosotros es un sufrimiento constante porque maneja el carro a gran velocidad y dice que no quiere vivir"; comentan la madre y hermanas.

**Bautizar el Problema:** “ideación e intento suicida, tormentoso”



**Re-definición del Problema:** PI esta experimentando depresión, ideación e intento suicida por la relación conflictiva con ex enamorada, lo cual tiene sentido, considerando la ansiedad, temor y miedo ante una separación; miedo a la soledad, sin embargo, al redefinirlo como un resultado lógico de la situación de estrés que experimentaron durante la relación conflictiva; que esa impotencia de no haber podido solucionar los inconvenientes, quedo atrapada en su mente.

**Normalizo** la situación, y a la vez **valorizo**, su mente genera depresión, ideación e intento suicida como un medio de protección y lealtad hacia la ex enamorada. Refuerzo al decir que es su mente, trato de exteriorizar,”no es usted, es su mente”, lo cual resultó muy **desculpabilizador**.

**Escultura: (familia).** Ponte en contacto con ese sentimiento e imagina que eres una escultura, imagina una escena, una escultura que pueda expresar ese sentimiento, se coloco en posición de un cupido fracasado y deprimido. Pregunte: Qué sentía?, dijo experimentar culpa de no tener las fuerzas para hacerle frente a la soledad; “sin ella no quiero vivir”.

Pregunte: Quién piensa que eres fracasado?. Respondió “mi ex enamorada”, Quién le podría ayudar a esa



escultura a sentirse mejor?. “Mi madre” Yo tomé su posición por unos minutos y él tomo la posición de quien ayuda. Puede sentir por unos segundos la desesperación de esa posición, fue una experiencia fuerte pero me sirvió para poder entenderle más aún. Así intervine con los otros miembros de la familia; volvieron ellos a la posición original y yo tomé la de ellos y desde ahí profundamente fui **desculpabilizando y valorando el gran esfuerzo**, reforcé mi compromiso de fortalecimiento.

**Elaboración y Comprobación de la Hipótesis:** Se comprobó la hipótesis: la depresión, ideación e intento suicida de PI es activada por la relación conflictiva con ex – enamorada.

PI se auto culpabiliza por divorcio de sus padres evidenciado en la defensa del legado afectivo hacia su enamorada.

**Técnicas utilizadas:**

- Escucha Empática
- Bautizar el problema
- Redefinición del Problema
- Normalización
- Des-culpabilización



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES  
MAESTRIA EN INTERVENCION PSICOSOCIAL FAMILIAR  
"PROPUESTA DE INTERVENCION TERAPEUTICA CON ENFOQUE SISTEMICO PARA CASOS DE INTENTO DE SUICIDIO"

- Escultura
<b>Actividades (paciente):</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Elaborar Reglas de Control Conductual (Conyugues e hijos)</li><li>- Relajación todos los días</li></ul>
<b>Actividades próxima sesión:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Elaborar Agenda de Vida</li><li>- Enlistar acciones para enfrentar a la ideación suicida</li></ul>
<b>Auto-evaluación: Mi ser terapeuta como influye en este caso:</b> Siento que todos los presentes se fueron acogidos.
<b>Fecha próxima sesión:</b> 7/4/09



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES  
MAESTRIA EN INTERVENCION PSICOSOCIAL FAMILIAR  
"PROPUESTA DE INTERVENCION TERAPEUTICA CON ENFOQUE SISTEMICO PARA CASOS DE INTENTO DE SUICIDIO"

**CENTRO DE INTEGRACION APOYO PSICOLOGICO Y SOCIAL-EMPRENDER**

**Clínica España: Gil Ramírez Dávalos 1-33 Cuarto piso**

**Consultorio: 403 Telef.: 809288**

## **MAESTRIA DE INTERVENCION PSICOSOCIAL FAMILIAR**

### **AGENDA DE INTERVENCION TERAPEUTICA**

**Fecha:** 7/4/09

**Sesión:** B1

**Registro de Consultantes presentes:** PI

**Terapeuta:** Sonia Rodríguez

#### **PROCESO:**

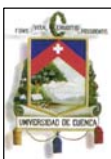
**Avances del Tratamiento:** Paciente identificado refiere sentiste relajada de iniciar el tratamiento. Se explora los sentimientos de la sesión previa y durante la semana.

**Evaluación del Estado Mental:** Beck, (Hamilton: Depresión- Ansiedad)

#### **Sentimientos Explorados:**

**PI. Culpa:** "De sentir frustración al enfrentar los problemas con mi ex enamorada y ser incapaz de resolverlos".

**PI. Miedo:** "De suicidarme o quedarme depresivo para toda la vida".



**PI. Dolor:** Señalo el corazón, le pedí que se pusiera en contacto con su cuerpo y que perciba que le quiere decir ese dolor, “es como un dolor profundo”.

Al aplicar la técnica de verbalización de los conflictos, permitió cambiar el sentimiento de frustración y dotar al paciente de recursos para la resolución de futuros conflictos.

Invitamos a PI a elaborar la **Agenda de Vida**, contiene los 7 hábitos de personas altamente efectivas a ser implementados a corto, mediano y largo plazo. Y una lista de acciones para enfrentar la ideación suicida:

1. **Ser Proactivo:**
2. **Define tu misión y objetivos en la vida:**
3. **Prioriza actividades para alcanzar objetivos.-**
4. **Comunicación Asertiva**
5. **Escucha abiertamente a los demás:**
6. **Trabajo en equipo**
7. **Practicar deporte**

Esta actividad sirvió para enfocar al PI a un entorno sociocultural saludable, contribuyendo a disminuir el estrés, la ideación suicida, mejorando así la comunicación familiar. Trabajamos con técnicas de respiración y bioenergética y el paciente sale de terapia relajado

**Elaboración y comprobación de la hipótesis:**



Se comprobó la hipótesis: PI se auto culpabiliza por divorcio de sus padres evidenciado en la defensa del legado afectivo hacia su enamorada. El relato dominante que ha construido la Ma por haberse sacrificado por todos y no tener el reconocimiento por ello.

**Técnicas utilizar:**

- Evaluación del Estado mental
- Valorización
- Metáfora
- Exploración de sentimientos
- Agenda de Vida

**Actividades (paciente):**

- Terminar con la elaboración de la Agenda de Vida
- Enlistar acciones para enfrentar a la ideación e intento suicida

**Actividades próxima sesión:**

- Explorar sentimientos de sesión previa y durante la semana.
- Explorar relaciones con la familia de origen





- Continuar con la exploración de pensamientos e ideas suicidas
- Metáforas

**Auto-evaluación: Mi ser terapeuta como influye en este caso.**

Entender como PI se ha armado su narrativa de ideas e intento suicida, ha permitido avanzar en el proceso.

**Fecha próxima sesión: 11/4/09**

**CENTRO DE INTEGRACION APOYO PSICOLOGICO Y SOCIAL-EMPRENDER**

**Clínica España: Gil Ramírez Dávalos 1-33 Cuarto piso  
Consultorio: 403 Telef. 809288**

**MAESTRIA DE INTERVENCION PSICOSOCIAL  
FAMILIAR**

**AGENDA DE INTERVENCION TERAPEUTICA**

**Fecha: 11/ 4/09**

**Sesión: C1**

**Registro de Consultantes presentes: Ma.**

**Terapeuta: Sonia Rodríguez**

**PROCESO:**

**Avances del Tratamiento: Se explora los sentimientos de**



la sesión previa y durante la semana. Monitoreo de las **Reglas de Control Conductual para hijos/as.**

**Exploración de sentimientos:** Ma. “Mis hijos son mal agradecidos cuando me esfuerzo por ellos, no reconocen”.

**Genógrama:** Analizar las relaciones con la familia de origen para comprender como había construido esa característica de su personalidad. Expresó algunos acontecimientos de desarrollo en la etapa de ciclo vital de la niñez. Hace un recuento paso a paso de su crecimiento describiendo sus sentimientos.

Comenta: “A los doce años de edad tuvo que comenzar a trabajar para pagarse los estudios. Así continuo estudiando y trabajando el colegio y la universidad. Se casó y su esposo la celaba y la agredía delante de sus hijos. Ahora tiene que ver por sus padres que están enfermos y lidiar con sus hijos/as que no quieren colaborar, solo me piden dinero y no colaboran en la casa y en sus estudios presentan bajo rendimiento escolar”.

Estos hechos marcaron su vida, trabajar desde adolescente y ahora el peso de tanta deuda pasa factura a sus hijos, cobrándoles con recriminaciones diarias que



laceran la relación afectiva familiar.

### **Curación Ciclos de Vida:**

Les sirvió para comprender la forma de comportamiento de sus padres y desculpabilizarlos. Al darse cuenta que sus hijos no tienen la culpa de que ella tuvo que trabajar desde adolescente.

Partí de la base fundamental para entender la lógica del relato narrativo hasta llegar a la ansiedad cotidiana de Ma. Será trabajada la próxima sesión.

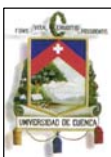
### **Elaboración y Comprobación de la Hipótesis:**

Se comprobó la hipótesis: El relato dominante que ha construido Ma haberse sacrificado por todos y no tener el reconocimiento por ello.

Ma. Pasa factura a sus hijos por cuidarlos y educarlos ya que ella tuvo que pagarse sus estudios.

### **Técnicas utilizadas:**

- Reglas de Control Conductual
- Exploración de pensamientos



- Elaborar el Genógrama
- Curación de ciclos de Vida

**Actividades (paciente- padres):**

- Aplicar las reglas de control Conductual para hijos.
- Continuar exploración de sentimientos con la familia de origen

**Actividades próxima sesión:**

- Agenda de Vida
- Valoración Psiquiátrica

**Auto-evaluación: Mi ser terapeuta como influye en este caso**

Las herramientas de intervención terapéutica que he utilizado han servido para concienciar y corresponsabilizar a los involucrados en el proceso. Me siento satisfecha de haberlo conseguido.

**Fecha próxima sesión: 13/4/09**



## **CENTRO DE INTEGRACION APOYO PSICOLOGICO Y SOCIAL-EMPRENDER**

**Clínica España: Gil Ramírez Dávalos 1-33 Cuarto piso**  
**Consultorio: 403 Telef.: 809288**

### **MAESTRIA DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL FAMILIAR**

### **AGENDA DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA**

**Fecha:** 13/4/09

**Sesión:** B2

**Registro de Consultantes presentes:** PI

**Terapeuta:** Sonia Rodríguez

#### **PROCESO:**

**Avances del Tratamiento:** Paciente identificado llega con expresión facial relajada. Se explora los sentimientos de la sesión previa y durante la semana. Refiere haber realizado el "Ritual del Intento de Suicidio" y de sentirse aliviado. Manifiesta que los ejercicios de respiración y bioenergéticos le tranquilizaron.

**Valoración Psiquiátrica:** Se analizaron los resultados de los test en ínter consulta con la Dra. Psiquiatra del Centro "Emprender", prescribe a PI tegretol por un mes.

**Agenda de Vida:** Transcribo el aporte de PI



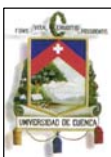
**Misión:** “Luchare por defender mi estabilidad afectiva”

**Objetivos:** “ Conseguir amigas que me aprecien por lo que soy”

**Actividades:**“ Hacer deporte, conseguir amigas. Estudiar y colaborar en la casa”.

De la lista de acciones para enfrentar a la ideación suicida se trabajo con terapia cognitiva neutralizando determinadas distorsiones cognitivas:

- **Inferencia arbitraria:** Pensamiento: “No tiene sentido estudiar si mi ex enamorada no quiere volver conmigo”. En este caso el adolescente infiere el futuro en función del pasado, lo cual condiciona una actitud pesimista, con predisposición al fracaso.
- **Abstracción selectiva:** Pensamiento:” Por mi problema de timidez no puedo conseguir otra enamorada” Aquí el adolescente intenta arribar a conclusiones teniendo en consideración solamente un aspecto de la realidad.
- **Sobre generalización:** El PI, a partir de un dato particular llega a conclusiones generales. “No vale la



pena vivir si no puedo compartir mi vida con ella".

- **Magnificación:** Pensamiento: "Mi corazón se acelera cuando pienso en mi ex enamorada, prefiero morir". El adolescente evalúa de forma distorsionada un suceso, incrementa sus efectos y consecuencias.

**Elaboración y Comprobación de la Hipótesis:** Se comprobó la hipótesis: la Ma. pasa factura a sus hijos por cuidarlos y educarlos ya que ella a esa edad tuvo que pagarse sus estudios. El comportamiento suicida y depresión de PI mantiene la ansiedad familiar.

**Técnicas utilizadas:**

- Agenda de Vida
- Valoración Psiquiátrica

**Actividades (paciente):**

- Implementación de la Agenda de Vida
- Elaborar y priorizar una lista de problemas para resolver

**Actividades próxima sesión:**



- Explorar sentimientos de sesión previa y durante la semana.
- Explorar relaciones con la familia de origen
- Metáforas
- Monitorear el cumplimiento de Reglas de Control Conductual
- Curar ciclos de Vida PI

**Auto-evaluación: Mi ser terapeuta como influye en este caso.** Me siento mejor también más tranquilo de haber llegado a entender más profundamente como se ha armado su narrativa de ideas suicidas, y de encontrar herramientas que faciliten el proceso terapéutico.

**Fecha próxima sesión:** 15/4/09





UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES  
MAESTRIA EN INTERVENCION PSICOSOCIAL FAMILIAR  
"PROPUESTA DE INTERVENCION TERAPEUTICA CON ENFOQUE SISTEMICO PARA CASOS DE INTENTO DE SUICIDIO"

**CENTRO DE INTEGRACION APOYO PSICOLOGICO Y SOCIAL-EMPRENDER**

**Clínica España: Gil Ramírez Dávalos 1-33 Cuarto**  
**piso Consultorio: 403 Telef. 809288**

**MAESTRIA DE INTERVENCION PSICOSOCIAL  
FAMILIAR**

**AGENDA DEL PROCESO DE INTERVENCION  
TERAPEUTICA**

**Fecha:** 15/4/09

**Sesión:** D 1

**Registro de Consultantes presentes:** Ma. Pa. PI

**Terapeuta:** Sonia Rodríguez

**PROCESO:**

**Avance del tratamiento:** Madre manifiesta que sus hijos no cumplen las reglas de conducta.

Diseñaron el **Rol Parental:** donde la madre es jefe de hogar con una hija joven adulta e hijos adolescentes. Describieron algunos roles y los clasificaron como: padres mal tratantes, padres negligentes que no cumplen con sus cuidados y responsabilidades con sus hijos y padres nutridores. Manifiestan el deseo de ser padres nutridores transmitiendo seguridad, control de emociones a sus hijos y enfrentando los problemas que se presenten con firmeza y



decisión.

### **FODA: Autoestima Parental**

Los padres analizaron las fortalezas y debilidades en torno a la relación con PI y llegaron a la conclusión que estaban siendo muy rígidos en ciertas reglas y en otros aspectos condescendientes.

**Dramatización:** Al intercambiar papeles padres y PI se colocaron en la posición entendiendo y asumiendo responsabilidades conjuntas para superar las dificultades en la comunicación.

**Comunicación Asertiva:** Realizaron varios ejercicios de estrategias comunicativas para mejorar la expresión de sentimientos en la pareja y de estos hacia sus hijos. Logrando establecer y reestructurar limites y roles entre los holones.

**Visualización:** Los padres con los ojos cerrados, comienzan a visualizar los conflictos vividos con los hijos y se concentran en como ir resolviendo los problemas juntos.



### **Elaboración y Comprobación de la Hipótesis:**

Se comprobó la hipótesis: comportamiento suicida y depresión de PI mantiene la ansiedad familiar.

PI ha elaborado un relato de su infancia de sentirse desvalorizado por su padre por haber sido castigado físicamente.

### **Técnicas a utilizar:**

- Rol de Padres
- FODA: Autoestima
- Dramatización
- Visualización
- Comunicación Asertiva

### **Actividades (paciente / padres):**

- Continuar con las actividades de la sesión anterior
- Plantearse problemas en relación con sus PI y establecer alternativas de solución.

### **Actividades próxima sesión:**

- Explorar sentimientos de sesión previa y durante la semana.



- Trabajo con los roles parentales
- Reforzar la relación con sus hijos

**Auto-evaluación: Mi ser terapeuta como influye en este caso**

Siento que mi trabajo esta siendo fructífero en cada uno de los miembros del sistema y del sistema como tal.

**Fecha próxima sesión:** 18/4/09



**MAESTRIA DE INTERVENCION PSICOSOCIAL**  
**FAMILIAR**  
**AGENDA DE INTERVENCION TERAPEUTICA**

**Fecha:** 18/4/09

**Sesión:** B 3

**Registro de Consultantes presentes:** PI

**Terapeuta:** Sonia Rodríguez

**PROCESO:**

**Avances del Tratamiento:** PI. Llega con un semblante tranquilo. Se explora los sentimientos de la sesión previa y durante la semana.

**Metáfora:** Tu mente te ha invitado a ver su gran obra de teatro titulada: amantes tormentosos, la primera parte actúan tus padres, discutiendo a todo momento, se separan y luego se da el divorcio. En la segunda parte de la gran obra entra en escena tu PI y reproduces fielmente la forma de actuar de tus grandes maestros, tus padres; y al ver que eso no funciona con tu enamorada quieres



detenerla defendiendo la relación en contra de la decisión de ella. Igual que hizo tu madre al culparte por su divorcio, tú vuelves a culparte frente a una perdida afectiva por lealtad hacia tu madre.

- **Minimización:** El adolescente evalúa de forma distorsionada sus potencialidades y habilidades, restándose sus méritos y cualidades positivas. Pensamiento: “No merezco que mi enamorada me perdone” Es este caso PI se descalifica ante cualquier persona y situación.
- **Pensamiento polarizado:** PI piensa “la vida no tiene sentido”, evalúa la realidad en torno a un aspecto negativo que ha sucedido.
- **Personalización:** “Cuando mi madre comienza a quejarse de las deudas, se que me esta culpando” El adolescente considera cualquier situación o hecho, como referido a sí mismo, aunque no exista conexión alguna.

**Visualización Bola de Cristal de Shazer:** Describe una escena en la que PI esta asumiendo un rol activo de



enfrentar con éxito los problemas personales.

### **Elaboración y Comprobación de la Hipótesis:**

Se comprueba la hipótesis de que PI ha elaborado un relato de su infancia de sentirse desvalorizado por su padre por haber sido castigado físicamente.

PI culpabiliza a su padre por haber maltratado a su madre

### **Técnicas utilizadas:**

- Metáfora
- Curación de Ciclos de Vida
- Visualización de la Bola de Cristal de Shazer

### **Actividades (paciente):**

- Seguir avanzando con la implementación “Agenda de Vida”

### **Actividades próxima sesión:**

- Explorar sentimientos de sesión previa y durante la semana.
- Trabajar Autoestima “FODA”
- Curación de Ciclos de Vida.



**Auto-evaluación: Mi ser terapeuta como influye en este caso:**

Me siento con confianza de seguir avanzando en el proceso y pronostico un cambio muy significativo en el PI.

**Fecha próxima sesión:** 22/ 4/09i





UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES  
MAESTRIA EN INTERVENCION PSICOSOCIAL FAMILIAR  
"PROPUESTA DE INTERVENCION TERAPEUTICA CON ENFOQUE SISTEMICO PARA CASOS DE INTENTO DE SUICIDIO"

**CENTRO DE INTEGRACION APOYO PSICOLOGICO Y SOCIAL-EMPRENDER**

**Clínica España: Gil Ramírez Dávalos 1-33 Cuarto piso**

**Consultorio: 403 Telef. 809288**

## **MAESTRIA DE INTERVENCION PSICOSOCIAL**

### **FAMILIAR**

### **AGENDA DE INTERVENCION TERAPEUTICA**

**Fecha:** 22/4/09

**Sesión:** E 1

**Registro de Consultantes presentes:** Pl, Hna 1, Hna 3

**Terapeuta:** Sonia Rodríguez

#### **PROCESO:**

**Avances del Tratamiento:** Se explora los sentimientos de la sesión previa y durante la semana.

**Acogida, Normalización y Desculpabilización:** Esta sesión se enfocó en reconstruir esa narrativa incluyendo algunos elementos como: valorar el esfuerzo por mantener a la familia unida, pero ese recurso ahora ya no le sirve, ahora tiene que ayudarse a él permitiéndose desfogarse, dejar el peso de tanta deuda. Rastre algunos acontecimientos en que pueda valorar a sus hermanas pero a la vez trabajamos en la diferenciación de él y ellas. Se tranquilizo al entender también que sus hermanas



sufrían por las recriminaciones de la madre.

**Expresión de sentimientos:** Cerraron los ojos y comenzaron a visualizar una situación pasada o presente que les llevo a experimentar muchas iras y agresividad que pintaron en el papel. PI pinto cuando su padre agredió a su madre, se asusto mucho y le enfrento para defender a su madre. Ha 1 pinto cuando PI la maltrataba de todo, lloro mucho manifestando resentimiento hacia su actitud machista y grosera de tratar a las hermanas.

Luego les pedí que pintaran los miedos y cada hermana pinto el miedo de que su PI no superara la depresión y comportamiento suicida. Y PI pinto cuando su papá le llevaron preso, el tenia 9 años y tuvo que ir a la cárcel y pagar un abogado para sacarle, todo eso le produjo mucho miedo.

Elaboramos el ritual de separación paterno. Trabajamos desechando la depresión.

**Comunicación Asertiva:** Realizaron varios ejercicios con el propósito de mejorar la comunicación entre los



miembros de la fratría.

### **Elaboración y Comprobación de la Hipótesis:**

Se comprueba la hipótesis: PI culpabiliza a su padre por haber maltratado a su madre

PI esta viviendo el duelo de separación de su ex enamorada, esto produce desmotivación para estudiar.

### **Técnicas utilizadas:**

- Acogida Normalización
- Desculpabilización
- Comunicación Asertiva

### **Actividades (paciente):**

- Reescribir la historia de su niñez
- Elaborar un plan para ejercer el rol de hijo y hermano adolescente viviendo su ciclo vital
- Relacionarse con pares femeninas

### **Actividades próxima sesión:**

- Explorar sentimientos de sesión previa y durante la semana.



- Monitoreo Agenda de Vida

**Auto-evaluación: Mi ser terapeuta como influye en este caso.**

Los participantes se sintieron acogidos y comprendidos, y eso significa que se promovió en el/ ellas la fase crecimiento personal.

**Fecha próxima sesión: 25/4/09**

**CENTRO DE INTEGRACION APOYO PSICOLOGICO Y SOCIAL-EMPRENDER**

**Clínica España: Gil Ramírez Dávalos 1-33 Cuarto piso  
Consultorio: 403 Telef. 809288**

**MAESTRIA DE INTERVENCION PSICOSOCIAL  
FAMILIAR**

**AGENDA DE INTERVENCION TERAPEUTICA**

**Fecha: 25/4/09**

**Sesión: B4**

**Registro de Consultantes presentes: PI**

**Terapeuta: Sonia Rodríguez**



## PROCESO:

**Avances del Tratamiento:** Se explora los sentimientos de la sesión previa y durante la semana.

**Acogida, Normalización y Desculpabilización:** Esta sesión se enfocó en reconstruir esa narrativa incluyendo algunos elementos como: valorar el esfuerzo por mantener relación estable con la enamorada, pero ella no desea regresar, ahora tiene que ayudarse a él permitiéndose desfogarse, dejar el peso de tanta deuda.

**Curamos los Ciclos Vitales:** PI va superando cada crisis presentada y el efecto de esta actividad será evaluado en el transcurso de las próximas sesiones. Trabajamos el hecho de que PI fue objeto de abuso sexual a los cuatro años de edad, de igual forma procedimos a curar a los diez años de edad, cuando PI observa como su padre intento ahorcar a su madre. Después la madre culpo al PI por haberse divorciado.

Esta actividad sirvió para enfocar o reencauzar al PI a un entorno sociocultural saludable contribuyendo así a mejorar la comunicación familiar.

Se sugiere que PI escriba una **Carta** a su padre, haciendo referencia: a la situación de ser huérfano, ese dolor de



haberse criado en una institución y no conocer a su familia de origen, al medio cultural donde se desarrollo.

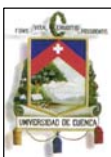
**Valorización:** Eres un adolescente valiente por haber soportado tanta depresión, y ahora estar aquí tratando de sentirte mejor, creo que eres muy responsable del gran esfuerzo de seguir viviendo

**Agenda de Vida:** Objetivo de esta semana es relacionarse con pares femeninas.

**Elaboración y Comprobación de la Hipótesis:** Se comprobó la hipótesis: PI esta viviendo el duelo de separación de su ex enamorada, esto produce desmotivación para estudiar  
PI se muestra inseguro en la interacción con pares especialmente femeninas

**Técnicas utilizadas:**

- Acogida Normalización
- Desculpabilización
- Redefinición
- Metáfora reconstructiva



- Curación de Ciclos de Vida
- Agenda de Vida

### **Actividades (paciente):**

- Reescribir la historia de su niñez
- Agenda de Vida: Relacionarse con pares femeninas

### **Actividades próxima sesión:**

- Explorar sentimientos de sesión previa y durante la semana.
- trabajo con el rol materno
- Propiciar su autonomía e potencialización

### **Auto-evaluación: Mi ser terapeuta como influye en este caso**

Me siento complacida, estamos avanzando en el proceso con buen pronóstico, esto significa que hemos logrado la motivación adecuada para conseguir los cambios básicos en el PI.

**Fecha próxima sesión:** 2/5/09



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES  
MAESTRIA EN INTERVENCION PSICOSOCIAL FAMILIAR  
"PROPUESTA DE INTERVENCION TERAPEUTICA CON ENFOQUE SISTEMICO PARA CASOS DE INTENTO DE SUICIDIO"

**CENTRO DE INTEGRACION APOYO PSICOLOGICO Y SOCIAL-EMPRENDER**

**Clínica España: Gil Ramírez Dávalos 1-33 Cuarto piso**  
**Consultorio: 403 Telef. 809288**

**MAESTRIA DE INTERVENCION PSICOSOCIAL**  
**FAMILIAR**  
**AGENDA DE INTERVENCION TERAPEUTICA**

**Fecha:** 2/5/09

**Sesión:** B5

**Registro de Consultantes presentes:** PI

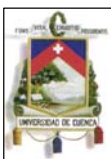
**Terapeuta:** Sonia Rodríguez

**PROCESO:**

**Avances del Tratamiento:** Se explora los sentimientos de la sesión previa y durante la semana. PI manifiesta sentirse mucho mejor, que acudió a diversos lugares donde ha podido conocer y relacionarse con chicas.

**Estrategias de Interacción Familiar:** PI es invitado a dramatizar una escena relacional con su ex enamorada y es ahí donde, **redefino** diciendo que el es muy responsable y quiere mantener una relación que ya murió, que la intención es noble, sin embargo hay que respetar sentimientos de la persona y eso es lo que esta tratando





de decirle su depresión y comportamiento suicida; aléjate.

**Metáfora:** El recuerdo de su ex enamorada activa la mecha de la bomba de tiempo de la depresión y comportamiento suicida. Y una forma de demostrar su lealtad hacia ella es seguir manteniendo este comportamiento. Necesitas aprender a apagar la mecha de la bomba de tiempo para recordarla como un guerrero vencedor.

**Foda: Autoestima.** PI analiza sus fortalezas y como potencializarlas, identifica debilidades y las destruye al implementar las actividades programadas en la Agenda de Vida.

**Connotación Positiva:** Este es un proceso de transición hacia el control emocional de la juventud, se va aprendiendo y regulando día a día; y lo estas haciendo como un experto.

**Agenda de Vida:** Comentamos como ha logrado PI avances en la interacción con las chicas.



“Creo que ellas también tienen los mismos miedos y me lancé a conversar al ver que les interesa hablar conmigo he podido hacer más amigas”.

### **Elaboración y Comprobación de la Hipótesis:**

Se comprobó la hipótesis: PI se muestra inseguro en la interacción con pares especialmente femeninas.

PI al ampliar las relaciones de pares femeninas mejora su autoestima.

### **Técnicas utilizadas:**

- Estrategias de Intervención Familiar
- Redefinición
- Metáfora
- Foda: Autoestima
- Connotación Positiva

### **Actividades (paciente):**

- Reescribir la historia de su niñez
- Realizar los ejercicios de la sesión

### **Actividades próxima sesión:**

- Explorar sentimientos de sesión previa y durante



la semana.

- Propender al desarrollo personal de PI

**Auto-evaluación: Mi ser terapeuta como influye en este caso**

He visto con gran satisfacción los cambios que se van produciendo en PI

**Fecha próxima sesión: 9/5/09**

**CENTRO DE INTEGRACION APOYO PSICOLOGICO Y SOCIAL-EMPRESAR**

**Clínica España: Gil Ramírez Dávalos 1-33 Cuarto piso  
Consultorio: 403 Telef. 809288**

**MAESTRIA DE INTERVENCION PSICOSOCIAL  
FAMILIAR**

**AGENDA DE INTERVENCION TERAPEUTICA**

**Fecha: 9/5/09 Sesión: B 6**

**Registro de Consultantes presentes: PI**

**Terapeuta: Sonia Rodríguez**



## PROCESO:

**Avances del Tratamiento:** PI. Llega con un semblante tranquilo. Se explora los sentimientos de la sesión previa y durante la semana.

Hablamos de la **Agenda de Vida**, refiere sentirse satisfecho porque se siente capaz de seguir alcanzado los objetivos propuestos. Manifiesta que la relación con su padre ha mejorado, dice que saco todo el resentimiento hacia su él y esto le sirvió para aprender a perdonar los errores de las personas.

PI tuvo la oportunidad de interactuar desde varias posiciones, lo que contribuyo a afianzar la confianza en relación con las chicas valorizando su rol y su autoestima.

**Metáfora Reconstructiva:** La mecha se prende cuando se activa la depresión por el recuerdo de su ex enamorada y una forma de demostrar su lealtad hacia ella es seguir recordándola. Sin embargo el cupido derrotado apaga la mecha a tiempo cuando analiza lo fácil que resulto hacer amigas, con quienes comparte diferentes actividades y eso le hace sentir seguro y tranquilo.



Realizamos la evaluación parcial y PI califico según su percepción que la terapia a proporcionado un cambio en su comportamiento muy significativo.

**Documento Narrativo:** Por eso le entrego este documento que certifica que PI ha mejorado su forma de pensar sentir y actuar.

### **Elaboración y Comprobación de la Hipótesis:**

Se comprobó la hipótesis: PI al ampliar las relaciones de pares femeninas mejora su autoestima.

PI al aplicar estrategias psico-sociales para resolver sus problemas el comportamiento suicida disminuye de forma significativa.

### **Técnicas utilizadas:**

- Visualización
- Documento Narrativo
- Metáfora Reconstructiva
- Redefinición

### **Actividades (paciente):**



<p>- Seguir avanzando con la implementación “Agenda de Vida”</p>
<p><b>Actividades próxima sesión:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Explorar sentimientos de sesión previa y durante la semana.</li><li>- Vincular a PI con redes de apoyo</li><li>- Evaluación General</li></ul>
<p><b>Auto-evaluación: Mi ser terapeuta como influye en este caso:</b></p> <p>Me siento satisfecha de haber alcanzado resultados significativos en el proceso de intervención terapéutica con PI.</p>
<p><b>Fecha próxima sesión:</b> 23/5/09</p>



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES  
MAESTRIA EN INTERVENCION PSICOSOCIAL FAMILIAR  
"PROPUESTA DE INTERVENCION TERAPEUTICA CON ENFOQUE SISTEMICO PARA CASOS DE INTENTO DE SUICIDIO"

**CENTRO DE INTEGRACION APOYO PSICOLOGICO Y SOCIAL-EMPRENDER**

**Clínica España: Gil Ramírez Dávalos 1-33 Cuarto piso**  
**Consultorio: 403 Telef. 809288**

**MAESTRIA DE INTERVENCION PSICOSOCIAL**  
**FAMILIAR**  
**AGENDA DE INTERVENCION TERAPEUTICA**

**Fecha:** 23/5/09 **Sesión:** A2

**Registro de Consultantes presentes:** Pa. Ma. Pl, Ha 1,  
Ha 3

**Terapeuta:** Sonia Rodríguez

**PROCESO:**

**Evaluación Final:** En esta sesión participaron todos los miembros del sistema familiar:

T. Califiquen el proceso de acuerdo a la percepción de cada miembro de la familia.

Pa. Refiere que ha mejorado la interacción con ex esposa e hijo/as. " No existe ex padres, estoy agradecido por la ayuda recibida".

Ma. Refiere que Pl ha mejorado su estado de ánimo, han desaparecido la ideación suicida y el rendimiento escolar se ha incrementado. "He logrado adquirir fuerza y



confianza para educar a mis hijas/o teniendo como base la unión el amor y respeto familiar”.

PI. “Antes estaba equivocado gracias por ayudarme, quiero seguir estudiando, tengo muchas amigas”. Refiere haber superado la separación con ex enamorada.

Ha1. “Estoy contenta de ver a mi familia unida y feliz”.

H3. “Yo también siento lo mismo estoy contento”.

Los cambios observados son los siguientes: se relaciona de mejor manera con el sexo femenino, acude regularmente a ínter consulta con la psiquiatra, presenta rendimiento escolar aceptable, se siente, piensa y actúa con seguridad, construyó su agenda de vida y asiste a un curso al taller de lideres juveniles en su barrio, y disminuyó al mínimo el riesgo de atentar contra su vida.

**Escultura:** Volvemos a retomar la primera escultura y les pido que tomen la posición inicial cruzada de brazos en el piso, que pasen a la segunda de cómo se siente ahora. Hacen una escultura en la que están motivados realizando los objetivos propuestos como una familia organizada.

**Redes de Apoyo:** Se informa al PI de instituciones que proporcionan servicios de apoyo psico-social donde puede acudir para reforzar la intervención terapéutica recibida.





Se acuerda trabajar una sesión más con el propósito de reforzar la autoestima del PI.

Cierre del proceso: Queda abierta las puertas hasta otra oportunidad cuando deseen hacer una nueva cita de seguimiento.

**Elaboración y Comprobación de la Hipótesis:** Se comprobó la hipótesis: PI al aplica estrategias psico-sociales para resolver sus problemas, el comportamiento suicida y depresión disminuye de forma significativa.

**Técnicas utilizadas:**

- Evaluación General
- Metáfora
- Escultura
- Redes de Apoyo

**Actividades (paciente):**

- Todas las prescriptas en las sesiones seguir practicando por un tiempo determinado.



- Escribir un diario de cómo vencer las ideas suicidas

**Actividades próxima sesión:**

- Monitorear Agenda de Vida
- Vincular a PI con redes de apoyo

**Auto-evaluación: Mi ser terapeuta como influye en este caso:** Este proceso fue muy agotador pero a la vez gratificante, trabaje con pasión y los resultados están evidenciados en la evaluación general.

**Fecha próxima sesión:** 6/6/09



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES  
MAESTRIA EN INTERVENCION PSICOSOCIAL FAMILIAR  
"PROPUESTA DE INTERVENCION TERAPEUTICA CON ENFOQUE SISTEMICO PARA CASOS DE INTENTO DE SUICIDIO"

**CENTRO DE INTEGRACION APOYO PSICOLOGICO Y SOCIAL-EMPRENDER**

**Clínica España: Gil Ramírez Dávalos 1-33 Cuarto piso**  
**Consultorio: 403 Telef. 80928**

**MAESTRIA DE INTERVENCION PSICOSOCIAL**  
**FAMILIAR**  
**AGENDA DE INTERVENCION TERAPEUTICA**

**Fecha:** 6/6/09 **Sesión:** F1

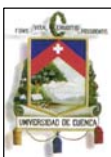
**Registro de Consultantes presentes:** PI

**Terapeuta:** Sonia Rodríguez

**PROCESO:**

**Avances del Tratamiento:** PI. Llega con un semblante tranquilo. **Redefino:** Sin embargo queda demostrado que sigue vivo y la depresión e ideación suicida ha disminuido notablemente porque ha cambiado su forma de amar.

**Connotación Positiva:** Necesitas aprender a apagar la mecha de la bomba cuando experimente una situación similar, este es un proceso de transición o madurez de control que se va aprendiendo y regulando día a día; y lo estas haciendo como un experto.



**Foda: Autoestima.** PI comenta que la seguridad es una de las fortalezas que ha adquirido durante el proceso. Esto le ha permitido mejorar la interacción en la casa, en el colegio y con sus amigas. “los problemas son para enfrentarlos y resolverlos”. PI refiere dentro de sus planes para el futuro, está organizar un club deportivo para las vacaciones.

La metáfora de la mecha de la bomba de tiempo le hizo entender que necesita cumplir las reglas de conducta, aprendió a responsabilizarse por sus acciones y a valorar la vida.

PI: “Ahora entiendo que el mundo no se acaba que soy tan joven y falta mucho por conocer y salir con chicas para luego establecerme como pareja. Me estaba ahogando en un vaso de agua, comprendo que el poder está en mí. Voy a ser feliz”. PI deberá continuar en tratamiento con la Psiquiatra, para mantener los cambios logrados en última consulta.

**Auto-evaluación: Mi ser terapeuta como influye en este caso:** Tengo la sensación de haber trabajado cien por ciento, lo cual es muy gratificante como terapeuta familiar al haber contribuido a disminuir y controlar el comportamiento suicida de PI.



## ANEXOS: 4

ESQUEMA DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA					
N= Sesión	Código de Sesión	Tipo de Terapia	Participantes	Sesiones por Semana	Duración Tratamiento
1	A1	Terapia Familiar	Pa, Ma. Pl. Hos	3	1
2	B1	Terapia Individual	PI		
3	C1	Terapia: Padres	Pa. Ma.		
4	B2	Terapia Individual	PI	3	2
5	D1	Terapia: Padres y PI	PA. Ma. PI		
6	B3	Terapia Individual	PI		
7	E1	Terapia: Hermanos y PI	PI. Hos	2	3
8	B4	Terapia Individual	PI		



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES  
MAESTRIA EN INTERVENCION PSICOSOCIAL FAMILIAR

**“PROPUESTA DE INTERVENCION TERAPEUTICA CON ENFOQUE SISTEMICO PARA CASOS DE INTENTO DE SUICIDIO”**

9	B5	Terapia Individual	PI	1	4
10	B6	Terapia Individual	PI	1	5
11	A2	Terapia Familiar: Evaluación General	Pa, Ma. PI Hos	1	7
12	F1	Terapia de Refuerzo	PI	1	9
<b>Total. 12</b>					<b>Total: 1 Meses 3 /Semana</b>

**ANEXOS: 5**



## **CENTRO DE INTEGRACION APOYO PSICOLOGICO Y SOCIAL-EMPRENDER**

**Clínica España: Gil Ramírez Dávalos 1-33 Cuarto piso**  
**Consultorio: 403 Telef. 809288**

Fecha:-----

-----

### **AGENDA DE CONSENTIMIENTO PARA PACIENTES CON COMPORTAMIENTO SUICIDA**

Yo ----- de ---

----- años de edad con CI-----

--, expreso mi consentimiento en primer lugar para asistir a terapia por presentar comportamiento suicida manifestado en ideación o intento suicida; en segundo lugar para que se utilice de forma técnica la información recabada en el proceso dentro de la investigación de tesis de maestría titulada **“PROPUESTA DE INTERVENCION TERAPEUTICA CON ENFOQUE SISTEMICO PARA CASOS DE INTENTO DE SUICIDIO”**.



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES  
MAESTRIA EN INTERVENCION PSICOSOCIAL FAMILIAR

“PROPUESTA DE INTERVENCION TERAPEUTICA CON ENFOQUE SISTEMICO PARA CASOS DE INTENTO DE SUICIDIO”

La investigadora y la administración del centro se comprometen a realizar intervenciones terapéuticas e informar al paciente y su familia sobre los avances del mismo, y a utilizar otros nombres y apellidos para precautelar la intimidad del paciente.

Esta decisión la hemos tomado en común acuerdo con mi representante familiar, -----

-----con Cl.-----

.Por ello firmamos ratificando lo expuesto las partes involucradas en el proceso.

Atentamente

Dra. Sonia Rodríguez  
Maestrante investigadora  
Representante Familiar

Paciente

**ANEXOS: 6**





## GLOSARIO

**Pa:** Padre

**Ma:** Madre

**PI:** Paciente Identificado

**Ho:** Hijo } El lugar que ocupan, se indica con un  
número en orden creciente.

**Ha:** Hija

**Hno:** Hermano } Igual notación que en los hijos.

**Hna:** Hermana

**C:** Casado

**S:** Separado

**AL:** Adicción Alcohol

**AN:** Ansiedad

**D:** Depresión

**USA:** Migración a Estados Unidos

○ Aborto